

Med

ANNALES DE

AUG 21 1916
UNIV. OF MICH.
LIBRARY

DERMATOLOGIE & SYPHILIGRAPHIE

FONDEES PAR A. DOYON.

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

L. BROcq

Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

J. DARIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

W. DUBREUILH

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

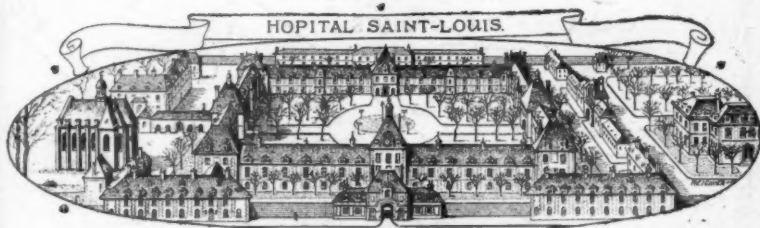
CH. AUDRY

Professeur à la Faculté de Toulouse.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

P. RAVAUT

Médecin des hôpitaux de Paris.



ANNÉE 1916-1917

TOME VI. — N° 3. — MAI 1916.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie**
Publieront douze numéros pendant les années 1916-1917.

Abonnement pour les douze numéros : Paris : 30 fr. — Départements et Union postale : 32 fr.

Secrétaire de la rédaction : D^r Paul RAVAUT, 5, rue de Rigny.

PENDANT TOUTE LA DURÉE DES HOSTILITÉS

ADRESSER TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION
à M. le Docteur THIBIERGE, 64, rue des Mathurins, PARIS.

En 1916, les "Annales de Dermatologie" paraîtront régulièrement.
Mais en raison des circonstances, leur périodicité restera ralentie; le
tome VI sera, comme le tome V, publié en deux ans, à raison d'un
numéro tous les 2 mois.

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN
rafraîchissante antiprurigineuse
50 0/0 d'hydrolats

SAPO-CADE

Huile de cade vraie et Sapolan
Séborrhées, Impétigo,
Psoriasis, Prurits,
Eczémas,
Lichens.

SAPO-LAIT

90 0/0 d'eau
CONTRE ROUGEURS
ET GERÇURES

SAPO-POUDRE

LE SAPOLAN s'emploie PUR
ou comme EXCIPIENT, en pommades
ou crèmes, il se fait NOIR ou BLANC
Prescrit avec succès par les P^{rs} Mracek,
Spiegler, Kreibich, Kaposi,
Lassar, Unna et dans les hôpitaux de Paris et de province.

ÉCHANTILLONS, CORRESPONDANCE : L. CAVAILLÈS
204, Boul^d Saint-Denis, COURBEVOIE (Seine)
Dépôt: PÉPIN, 9, rue 4-Septembre, Paris et Ph^{ies}

VALÉRIANE liquide de **L. PACHAUT**

SOMMAIRE DU NUMÉRO 3

Mai 1916.

TRAVAUX ORIGINAUX

- L. Brocq.** — Les conséquences du décolletage permanent chez la femme (la dermatose du triangle sterno-claviculaire). 113
- Jörgen[Sch]aumann** (de Stockholm). — Manifestations cutanées dans un cas de lymphadénie leucémique. Eruptions prurigineuses provoquées par la radiothérapie de la rate (*Avec une figure dans le texte*). 120
- Léon Jolivet.** — Comment se sont contaminés cent vénériens traités dans la zone des armées.. . . . 126

RECUEIL DE FAITS

- Ch. Audry.** — Hémorrhagie du corps vitré consécutive à une injection de novarsénobenzol chez un tabétique. 131

REVUE DE DERMATOLOGIE

- Acanthosis nigricans.** Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire pigmentaire de Darier), par *J. de Azua*. 133
- Actinomycose.** Un cas d'actinomycose de la joue, par *Goursolas*. 133
- Ainhum.** Ainhum, par *Mario Toledo*. 133
- Ainhum double symétrique et chronique, par *Silva Arango Filho*. 133
- Bouba.** Bouba, par *Silva Arango Filho*. 134
- Bouton d'Orient.** Le bouton d'Orient au Maroc, par *Folly et Toinon*. 135
- Thérapeutique spécifique et prophylaxie du bouton d'Orient, par *Gachet*. 135
- Choléra** (Lésions cutanées dans le). Physiologie et pathologie de la peau dans l'infection cholérique, par *P. Sabella*. 136
- Cils.** Sur l'implantation des poils vivants utilisés pour planter des cils, par *F. Krusius*. 136
- Cuir chevelu.** Cuir chevelu encéphaloïde, par *Jouguères*. 136
- Diphthérie cutanée.** Formes rares de diphthérie cutanée, par *Knowless et Frescoln*. 136
- Éléphantiasis.** Éléphantiasis du scrotum et du pénis consécutif à la syphilis, par *Manuego Villapadierna*. 137
- Endothéliome.** Sur l'ématangio-endothéliome-tubéreux multiple et sur le lymphangio-endothéliome multiple tubéreux (de Kaposi), par *Oestreich et E. Saalfeld*. 137
- Épithélioma.** Sur les transformations de l'épithélium dans l'inflammation, et les rapports de ces transformations avec l'épithélioma malin, par *Mc Donagh*. . . 138
- Épithélioma de la région ombilicale, par *D'Utra e Silva*. 138
- Cas d'ulcus rodens, par *Graham Little*. 138
- Cancers cutanés à cellules épineuses et basales, par *Hazen*. 139
- Cas d'épithélioma de la cuisse droite, par *Graham Little*. 139
- Erythème.** Erythème noueux et tuberculose larvée, par *Laboulle et Broquin-Lacombe*. 140
- Erythème polymorphe à début méningé, par *N. Fiessinger et François*. 140
- Externe** (Dermatoses de cause). La vanille — irritant de la peau, par *Leggett*. . 140
- Dermatite due aux graines de coton, par *Nixon*. 140
- Sur la périonyxis professionnelle des décortiqueurs de légumes, par *Peyri*. . 141
- Favus.** Cas de favus de la peau glabre, par *Pore*. 141
- Furunculose.** Cause et traitement préventif de la pyorrhée alvéolaire et de la furunculose, par *Twedell*. 142
- Furunculose et vaccins staphylococciques, par *Gimeno*. 142
- Gale.** Dermatite parakératosique d'origine parasitaire (gale de Norvège), par *Harguera*. 142
- Insolation.** De l'insolation, par *W. Dubreuilh*. 143
- Leishmaniose.** Leishmaniose tégumentaire au Brésil, par *Terra*. 143
- Quelques formes de leishmaniose furunculose, par *Vianna*. 146
- Cas de leishmaniose, par *Wernick Machado*. 146
- Leishmaniose tégumentaire à forme verruqueuse, par *Rabello*. 146
- Trois cas de leishmaniose cutanée (bouton d'Orient), par *F. Martinez*. 146
- Leishmaniose de la muqueuse nasale, par *Marinho*. 146
- De l'envahissement des vois lymphatiques par les parasites des leishmanioses cutanées, par *Jeanselme et Langeron*. 147
- Lèpre.** Sur l'histologie de la lèpre, par *W. Kedrowski*. 147
- Le salvarsan dans la lèpre; influence sur le Wassermann dans cette maladie, par *Peyri*. 147
- Leucémie cutanée.** Sur la leucémie de la peau, par *R. Bernhardt*. 148
- Sur un cas de leucémie lymphatique chronique avec lymphadénie miliaire généralisée de la peau, par *Werther*. 148
- Lichen.** Sur le lichen scléreux des organes génitaux de la femme, par *A. Hoffmann*. 149
- Lichen plan de Wilson; éléments circinés; résistance remarquable à la médication arsenicale, par *S. Corisa*. 149
- Une variété clinique rare de lichen plan (Lichen planus hypertrophicus retiformis), par *Sutton*. 150

(Voir la suite du sommaire à la page 3.)

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX — 1914 — 1 —

- Adrian.** Fall von ausgedehntem Lupus erythematosus des ganzen Gesichtes und beider Handrücken unter gleichzeitiger Mitbeteiligung der Mundschleimhaut und des behaarten Kopfes. *Strassburger dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. A. f. D., Berichtteil, avril 14, p. 889.
- Blaschko.** Lupus erythematosus. *B. D. G.*, 13 janv. 14. *D. Z.*, avril 14, p. 334.
- Gomeno.** Lupus eritemato-tuberculosis; escarificaciones y acido pirogalico. *Actas dermo-sifiliograficas*, juin-juil. 14, p. 298.
- Karl.** 7 jähriges Mädchen mit Lupus erythematosus. *W. D. G.*, 3 déc. 13. A. f. D., Berichtteil, avril 14, p. 874.
- Kreibich.** Tuberkulid mit einer lokalisation wie Lupus erythematosus. *Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen*, 8 mai 14. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 30 juin 14, p. 1482. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 juil. 14, p. 1006.
- Lancashire.** Lupus erythematosus in a girl aged 10 years. *Manchester dermatological Society*, 3 juil. 14. *B. J. D.*, oct. 14, p. 404.
- Little.** Case of acute lupus erythematosus. *P. S. of L., Dermatological Section*, 16 juil. 14, p. 274.

LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX — 1914 — 2 —

- Mac Kee et Fordyce.** Lupus erythematosus. *N.-Y. D. S.*, 21 fév. 14. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 510.
- Mac Kee et Wise.** Lupus erythematosus of the ears. *New-York Academy of Medicine, Section on Dermatology*, 3 nov. 13. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 512.
- Nobl.** Lupus erythematosus bei einem 65 jährigen Patienten. *W. D. G.*, 19 fév. 14. A. f. D., Berichtteil, juin 14, p. 28.
- Ochs.** Lupus erythematosus. *Manhattan Dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 520.
- Parounagian.** Lupus erythematosus, limited to the scalp. *Manhattan Dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 519.
- Popper.** Lupus erythematosus. *W. D. G.*, 5 mars 14. A. f. D., Berichtteil, juin 14, p. 38.
- Ravogli.** Diffuse erythematosus lupus treated with tuberculin. *American dermatological Association*, 14-16 mai 14. *Journal of the American medical Association*, 20 juin 14, p. 1989.
- Sainz de Aja.** Tratamiento del lupus eritematoso por el cianuro de oro y potasio. *Actas dermo-sifiliograficas*, janv. 14, p. 67.

LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX — 1914 — 3 —

- Saphier.** Lupus erythematosus disseminatus. *W. D. G.*, 5 mars 14. A. f. D., Berichtteil, juin 14, p. 41.
- Savatard.** Lupus erythematosus. *Manchester dermatological Society*, 3 juil. 14. *B. J. D.*, oct. 14, p. 402.
- Schramek.** Lupus erythematosus disseminatus acutus. *W. D. G.*, 19 fév. 14. A. f. D., Berichtteil, juin 14, p. 33.
- Weidenfeld.** Fall von Lupus erythematosus der Hopfhaut von sehr grosser Ausdehnung. *W. D. G.*, 19 fév. 14. A. f. D., Berichtteil, juin 14, p. 30.
- Weiss.** Lupus erythematosus. *Manhattan dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juil. 14, p. 522.
- Werther.** Lupus erythematosus acutus. *B. D. G.*, 10 mars 14. *D. Z.*, juil. 14, p. 633.
- Wolff.** Fall von Lupus erythematosus des behaarten Kopfhaut. *Strassburger dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. A. f. D., Berichtteil, avril 14, p. 886.
- Wolff.** Fall von Lupus erythematosus. *Strassburger dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 13. A. f. D., Berichtteil, avril 14, p. 897.

LUPUS VULGAIRE — 1914 — 5 —

- Santi.** Case for diagnosis. Lupus, syphilis, or mixed infection of nose, right ear, pharynx, and larynx. *P. S. of L., Laryngological Section*, 1 mai 14, p. 186.
- Savatard.** Lupus vulgaris (sclerosus erythematosus, Leloir). *Manchester dermatological Society*, 3 juillet 14. *B. J. D.*, oct. 14, p. 402.
- Schramek.** Fall zur Diagnose. Sporotrichose. Lupus vulgaris. *W. D. G.*, 19 nov. 13. A. f. D., Berichtteil, avril 14, p. 868.
- Shingü.** Radiumbehandlung des Lupus vulgaris. *Dermato-Urologische Gesellschaft zu Tokio*, 7 fév. 14. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, avril 14, p. 339.
- Sibley.** Case of lupus vulgaris. *P. S. of L., Dermatological Section*, 16 juillet 14, p. 281.
- Takahashi.** Demonstration von Lupus vulgaris mit Spina ventosa. *Dermato-Urologische Gesellschaft zu Tokyo*, 7 fév. 14. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, avril 14, p. 346.
- Zieler.** Lupus der Stirn und der rechten Schläfe sowie Lichen scrophulosorum. *Würzburger Aerzteabend*, 19 mai 14. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 30 juin 14, p. 1481.
- Zieler.** Lupus der rechten Vorderarms seit 1911 geheilt. *Würzburger Aerzteabend*, 19 mai 14. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 30 juin 14, p. 1481.

Lichen scrofulosorum. Cas de lichen scrofulosorum chez un adulte.	150
Rapports existant entre le lichen scrofulosorum et les altérations cutanées déterminées par les applications de pommade à la tuberculine (réaction de Moro), par A. Tschilin-Karian.	150
Lupus érythémateux. Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale, par Sainz de Aja.	151
Traitement du lupus érythémateux par le cyanure d'or et de potassium, par Sainz de Aja.	151
Lupus tuberculeux. Cas de lupus tuberculeux; traitement par l'héliothérapie et le cyanure d'or et de potassium, par Sainz de Aja.	152
Traitement du lupus tuberculeux par l'opération de Payr modifiée: sa valeur et ses indications, par Sainz de Aja.	152
Opération de Payr dans le lupus tuberculeux (présentation de cas cliniques), par A. Sainz de Aja.	152
Traitement des lupus tuberculeux, érythémateux et de la syphilis par le cyanure d'or et de potassium, par J. de Azua.	153
Lupus tuberculeux papillomateux végétant des mains (cas clinique), par Pardo Regidor.	154
Lymphadénie cutanée. Un cas de lymphadénomatose cutanée aleucémique, par Ragusin.	154
Maladie de Raynaud. Maladie de Raynaud. Néphrite chronique et tuberculose, par Ch. Achard et S. Rouillard.	155
Mélanodermie. Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie, par J. Brault et J. Montpellier.	155
Momies (Peau des —). Sur l'anatomie microscopique de peaux d'hommes et d'animaux momifiés (mammoth, momies du Péron et d'Égypte), par J. Heller.	156
Monilethrix. Monilethrix (aplasie moniliforme du cheveu), par J. de Azua.	156
Monilethrix (aplasie moniliforme du poil), par J. de Azua.	156
Mycétome. Sur le champignon parasite du mycétome à grains noirs du pied indigène, par A. Pepere.	157
Mycoses cutanées. Sur les maladies mycosiques des mains et des pieds, par M. Kauffmann-Wolff.	157
Fixation du complément dans les dermatoses parasitaires, par Kolmer et Strickler.	158
Mycosis fongioïde. Mycosis fongioïde de la peau et des organes internes, par R. Palttauf et L. v. Zumbusch.	158
Nævi. Cas de nævus linéaire, par Dudley Corbett.	159
Cas de nævus linéaire chez une mère et son enfant, par Samuel.	159
Neurofibromatose. Deux cas de neurofibromatose familiale dont un avec cheiromégalie unilatérale, par Roubinovitch et Regnault de la Soudière.	159
Sur la neuro-fibromatose cutanée, par P.-H. Schoonheid.	159
Nouveau-né (Dermatose du). Sur la desquamation foliacée en grands lambeaux de nouveau-né, par d'Ovidio.	160
Onychogryphose. Cas d'onychogryphose, par Gais Filho.	160
Parakératose. Cas de parakératosis variegata, par Barber.	160
Parasites cutanés divers. Aranéidisme, Scorpionidisme, Myriapodisme, Phthiriasé pubienne par pediculi capitis. Taches bleues par pulex irritans. Creeping disease, par B. Sommer et Greco.	161
Creeping disease, par Sommer et Greco.	161
Pelade. Pelade et syphilis, par A. von Nothhaft.	162
Pigment. Sur le pigment mélanotique de l'épiderme, par Kreibich.	162
Purité. Un cas de prurit post-eczémateux guéri par la radiothérapie, par Ratera.	163
Psoriasis. Sur la morphologie et l'histologie du véritable psoriasis rupioïde, par K. Vignolo-Lutati.	163
Sur l'étiologie du psoriasis, par Jaerisch.	163
Purpura. Purpura récidivant orthostatique, par A. Sainz de Aja.	163
Purpura ecchymotique de localisation peu fréquente. Cas clinique, par A. Sainz de Aja.	163
Pyodermite. Pyodermite chronique végétante papillomateuse avec réaction épithéliale kystique cornée de Azua, par Ledo.	164
Rayons X (Accidents causés par les). Histoire d'une radiodermite chronique, par Ch. Dubois.	164
Deux cas d'alopécie chez des enfants dus à des doses excessives de rayons X, par Stowers.	164
Sclérodémie. Cas de sclérodémie atrophique généralisée avec sclérodactylie, par Parkes Weber.	165
Thérapeutique dermatologique. L'autosérothérapie en dermatologie, par Gotthelf et Satenstein.	165
Sur l'emploi du mesothorium et du thorium X en dermatologie, par O. Nägeli et M. Jessner.	165
Les nouvelles acquisitions en Röntgentherapie et leur utilité en dermatothérapie, par F. Meyer.	165
L'emploi de l'acide borique dans les maladies de la peau, par Douglass-W. Montgomery.	166
Le cyanure d'or et potassium en dermatologie, par Covisa.	167
Traitement du psoriasis et de certains eczémas par les bains cadico-chrysophaniques, par Nonell.	167
Les pâtes de Dohi et Joseph en dermatologie, par Sainz de Aja et Forn y Contera.	167
Trichophytie. Trichophytie de la plante des pieds, par Rabello.	167
Sur la trichophytie lichénoïde (à petites papules, épineuse), par A. Guith.	168

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

PELLAGRE — 1914 — 1 —

- Alessandri e Scala.** Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra. *Annali d'Igiene sperimentale*, 14, n° 1. II Policlinico, sezione pratica, 2 août 14, p. 1115.
- Allison.** Report of cases of pellagra. *Texas State Journal of Medicine*, Fort Worth, juillet 14.
- Brongle.** Pellagra in Minnesota. *Journal of the American medical Association*, 3 oct. 14, p. 1157.
- Colbert.** Pellagra. *New Mexico medical Journal*, Las Cruces, mars 14.
- Dyer.** Treatment of pellagra. *Texas State Journal of Medicine*, Fort Worth, juillet 14.
- Evans.** Pellagra. *Southern medical Journal*, Nashville, juin 14.
- Fortner.** Pellagra in City hospital. *Missouri State medical Association Journal*, Saint-Louis, août 14.
- Frazer.** The tongue and upper alimentary tract in pellagra. *Journal of the American medical Association*, 11 avril 14, p. 1151.
- Frazer.** Report of a case of pellagra with late skin lesions. *The Journal of the American medical Association*, 20 juin 14, p. 1964.

PELLAGRE — 1914 — 3 —

- Miller.** Report of a case of pellagra in Maine with remarks upon recent work on the etiology of the disease. *Worcester State hospital papers*, 12-13, Baltimore, 14.
- Nicolaïdi.** Recherches sur le bilan de la nutrition des pellagres. *Société de Médecine de Paris*, 12 juin 14.
- Niles.** Diagnosis of pellagra. *Georgia medical Association Journal*, Augusta, août 14.
- Page.** Is pellagra due to an intestinal parasite? *American Journal of public Health*, Boston, oct. 14.
- Rainsford.** On a case of pellagra in an insane patient. *Journal of mental Science*, janv. 14, p. 98.
- Rayer.** Pellagra. *New Orleans medical and surgical Journal*, avril 14.
- Robinson.** Treatment of pellagra. *Kentucky medical Journal*, Bowling Green, 15 sept. 14.
- Ross.** Notes on a case of pellagra. *Review of Neurology and Psychiatry*, juin 14, p. 244.
- Rühl.** Le nuove teorie sull'etiologia della pellagra. Reazione fotodinamica, avitaminosi, monofagismo, intossicazione silicica. *Rivista ospedaliera*, 30 juin 14, p. 571.

PELLAGRE — 1914 — 2 —

- Frazer.** Mental and nervous manifestations of pellagra. *Medical Record*, 11 juillet 14, p. 65.
- Harring.** Pellagra. *New Orleans medical and surgical Journal*, mars 14.
- Jastram.** Pellagra. *Iowa State medical Society Journal*, Washington, oct. 14.
- Kozovsky.** Sur la morphologie du sang dans la pellagre. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 14, p. 94.
- Lavinder, Francis, Grimm et Lorenz.** A tempts to transmit pellagra to monkeys. *Journal of the American medical Association*, 26 sept. 14, p. 4093.
- Little.** Pellagra with skin eruptions. *P. S. of L., Dermatological Section*, 18 juin 14, p. 238.
- Mac Donald.** Pellagra and its symptoms. The importance of mouth and gastro-intestinal lesions. *Boston medical and Surgical Journal*, 24 sept. 14, p. 485.
- Mac Neal.** Pellagra in children. *New York Academy of Medicine*, 12 fév. 14. *Journal of the American medical Association*, 24 mars 14, p. 961.

PSORIASIS — 1914 — 1 —

- Asahi.** Demonstration von Psoriasis vulgaris universalis acuta und Pityriasis rubra Hebra. *Dermato-Urologische Gesellschaft zu Fukuoka*, 25 avril 14. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie u. Urologie*, sept. 14, p. 890.
- Büsch.** Case of psoriasis associated with thrombosis of the inferior vena cava. *P. S. of L., Dermatologie Section*, 18 juin 14, p. 257.
- Buschke und Matthiessen.** Symmetrische Lipomatosis. Uebersicht nebst Mitteilung von 2 Fällen, kombiniert mit Psoriasis und Arthritis. *A. f. D.*, juin 14, p. 537.
- Gottheil.** Psoriasis of the face. *Manhattan dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juillet 14, p. 517.
- Gottheil.** Psoriasis. Auto-serum injections. *Manhattan dermatological Society*, janv. 14. *J. of C. D.*, juillet 14, p. 518 et 519.
- Jaerisch.** Zur Aetiologie der Psoriasis. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 7 mai 14, p. 962.
- Mentberger.** Pityriasis rubra pilaris und Psoriasis. *Strassburger Dermatologische Gesellschaft*, 29 juin 14. *A. f. D., Berichtteil*, avril 14, p. 895.
- Mzaréulow.** Cas atypique de psoriasis vulgaris. *Dermatologie (russe)*, mars 14, p. 312.
- Oltremaro.** Psoriasis et syphilis. *Société médicale de Genève*, 12 mars 14.

3.

ne
o-
al

i-
de

al

a-
s-

ne
4,

ar-

ky
4.
of

el-
si,
sta

ris
ra.
ta,
ta-

ith
S.
37.
the
ron
Ar-

er-
let

ns.
J.

che
02.
so-
ell-
44,

nl-
12.
edi-

TRAVAUX ORIGINAUX

LES CONSÉQUENCES DU DÉCOLLETAGE PERMANENT CHEZ LA FEMME (LA DERMATOSE DU TRIANGLE STERNO-CLAVICULAIRE)

Par le Dr L. Brocq.

Depuis environ trois ans la femme élégante ne porte plus de cols comprimant le cou. Elle a eu raison de s'en affranchir, puisqu'ils gênaient la circulation de la face; mais, par contre, elle a imaginé de se décolleter en pointe pendant la journée et de dénuder complètement un espace triangulaire dont la base est formée par les clavicules et la poignée du sternum et dont la pointe s'enfonce entre les deux seins. Certaines le voilent cependant avec du tulle ou une gaze fort légère.

Les conséquences de cette nouvelle mode n'ont pas été longues à se produire. Depuis plusieurs mois je suis à chaque instant consulté par des femmes qui viennent me demander de rendre à la peau de la zone en question tout son éclat et la finesse qu'elle a perdue.

Voici ce qui se produit chez elles.

La peau de la partie supérieure de la région présternale est chez la femme d'une grande fragilité. Sa sensibilité rappelle tout à fait celle de la face, peut-être même la dépasse-t-elle.

Quand on la soumet, sans la moindre protection, à l'action des agents atmosphériques, air, vent, poussières et surtout soleil, elle subit avec rapidité une série de modifications. En voici les principales :

- 1° Troubles de la pigmentation;
- 2° Troubles de la vascularisation;
- 3° Modification du grain et de la finesse de la peau, aspect luisant et pseudo-atrophique des téguments;
- 4° Kératose infundibulaire;
- 5° Lésions acnéiformes.

En outre chez les sujets qui ont une hyporésistance cutanée fort développée, cette région, dénudée, peut être le siège de véritables éruptions artificielles aiguës que l'on peut grouper autour de ce que l'on a décrit sous le nom de coup de soleil.

Chez ceux qui sont prédisposés à certaines dermatoses, elle devient un véritable *locus minoris resistentiæ* au niveau duquel peuvent se localiser : du prurit pur, du prurit circonscrit avec lichénification, des troubles divers de la sensibilité, de l'eczéma vésiculeux vrai, de l'ec-

zéma séborrhéique ou parakératose psoriasiforme qui peut ou non se lichénifier.

Telles sont les seules dermatoses que j'ai, jusqu'à ce jour, observées au niveau du triangle sterno-claviculaire; mais il est probable que, si cette mode persiste, d'autres manifestations morbides pourront y être relevées.

Nous allons tout d'abord étudier isolément chacune des lésions que nous venons d'énumérer, puis nous établirons succinctement le tableau d'ensemble de cette forme morbide qui menace de devenir fort commune.

A. Lésions provenant directement de l'action lente et progressive des agents atmosphériques sur la partie dénudée.

1° Troubles de la pigmentation.

C'est là une des modifications les plus fréquentes que présente le triangle sterno-claviculaire chez les femmes qui se décollettent en pointe pendant le jour.

L'aspect le plus habituel de cette lésion est celui d'une coloration plus ou moins accentuée variant du café au lait très clair au brun foncé ou au rouge brun, assez uniforme, quoique d'ordinaire plus marqué au centre et en haut, vers la poignée du sternum; les limites en sont assez nettement arrêtées, quoique légèrement estompées d'une part vers la base du cou, d'autre part suivant une ligne oblique allant de la moitié de la clavicule ou même de l'acromion vers l'interligne mammaire: la largeur de cette zone dépend d'ailleurs bien évidemment de l'étendue du décolletage.

Parfois la teinte est tellement accentuée qu'elle frappe d'emblée le regard, parfois elle est assez pâle pour n'être bien visible que lorsque la personne est complètement décolletée, et vraiment le décolletage complet chez certaines femmes est rendu assez difficile par le triangle pigmenté que nous venons de décrire.

Dans certains cas, plus ennuyeux encore, des taches pigmentées de la grosseur d'un tout petit demi-pois, d'une grosse lentille, criblent le triangle, et donnent l'impression de lentigines plus foncées sur fond café au lait plus ou moins clair.

2° Troubles de la circulation.

On sait que chez beaucoup de femmes il se trouve autour de la base du cou, surtout dans le dos, mais aussi à la partie antérieure du thorax des dilatations veineuses rosées ou bleuâtres apparentes, analogues à ces arborisations qui sont si fréquentes sur les téguments des membres inférieurs des personnes prédisposées aux varices.

Chez les femmes qui se décollettent en triangle, ces dispositions naturelles peuvent s'accroître, mais elles ne semblent pas, du moins d'après ce que j'ai constaté jusqu'à aujourd'hui, devoir prendre un développement excessif.

Par contre j'ai vu assez fréquemment ces femmes venir me consulter pour une rougeur qui était apparue, disaient-elles, en ces points à la suite d'un coup de soleil, et qui ne voulait plus disparaître. Or, en les examinant avec quelque attention on ne tardait pas à s'apercevoir que cette rougeur était constituée non pas par un simple érythème, mais par de fins réseaux télangiectasiques analogues à ceux qui existent sur la face au début de la couperose variqueuse. Dès lors la persistance de ce prétendu coup de soleil était tout naturellement expliquée. Donc ici, comme à la figure, il semble bien que le contact répété des divers agents atmosphériques puisse développer peu à peu, plus ou moins rapidement suivant les sujets, des lésions de télangiectasies.

Certaines de ces femmes présentent en outre un phénomène qui est d'ailleurs l'un des symptômes majeurs de la couperose faciale; elles ont assez fréquemment en ce triangle sterno-claviculaire des sortes de poussées congestives, pendant lesquelles la région rougit à l'excès, se tuméfie en quelque sorte, puis peu à peu tout rentre dans l'ordre: or ce n'est pas toujours à la suite de l'exposition directe au vent, au froid, ou au soleil que ces phénomènes se produisent, ils peuvent aussi le faire sous des influences d'un tout autre ordre, émotions, mauvaises digestions, froid aux pieds, etc... Qu'on songe, pour la bonne compréhension de tous ces faits, que cette région est chez la femme le lieu d'élection de la roséole émotive.

3° Modifications du grain et de la finesse de la peau.

En même temps, dans certains cas, la peau s'altère dans sa finesse et dans son aspect: elle paraît plus épaisse; les orifices dermiques se dilatent, elle perd son poli et sa souplesse. En un mot elle vieillit et se fane.

Assez fréquemment au contraire il semble qu'elle s'amincisse et, quand on la regarde obliquement, on voit que sa surface est comme luisante, nacrée, brillant aux incidences de lumière: elle prend alors un aspect pseudo-atrophique ou pour mieux dire pseudo-sclérodermique.

4° Kératose infundibulaire.

Parfois se développent à ce niveau ces curieuses lésions qui semblent au premier abord être de la kératose pileaire, qui n'en sont pas, et que j'ai décrites sous le nom de *dyskératose des infundibula pileaires* ou mieux de *kératose infundibulaire*.

Elles sont caractérisées par ce fait qu'à l'œil nu chaque follicule pilo-sébacé apparaît comme un petit point d'un gris ou d'un brun noirâtre. On peut enlever mécaniquement ce petit cône corné qui n'est pas cependant un comédon vrai, et qui est plus foncé que le cocon séborrhéique normal de Sabouraud. Elles criblent parfois toute la région, donnant à la peau un aspect sale et pseudo-kératosique qui affecte beaucoup les malades (1).

(1) Voir notre *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, Paris, 1907, t. II, p. 520.

5° *Lésions acnéiformes.*

Malheureusement les lésions peuvent encore s'aggraver, et il se développe alors des lésions acnéiques de plusieurs ordres, mais dont les deux principales sont : 1° les comédons véritables et les petits kystes sébacés ; 2° les papulo-pustules d'acné lesquelles m'ont semblé être d'ordinaire comme avortées et ne constituer que de toutes petites papules rouges arrondies, hémisphériques, à marche extrêmement rapide.

Tel est l'aspect le plus habituel des lésions à évolution lente que l'action des agents atmosphériques développe au niveau du triangle sterno-claviculaire chez la femme.

Ces divers éléments peuvent exister soit isolés, à l'état pur, soit diversement groupés et combinés suivant les idiosyncrasies de chaque sujet, de telle manière que le tableau clinique est assez varié.

Mais cette complexité peut être beaucoup plus grande encore, comme nous allons maintenant l'établir.

B. *Éruptions artificielles aiguës.*

On sait que nombre de femmes, en été, s'exposant au soleil les épaules et les bras nus, ou couverts d'un tissu en mousseline mince, peuvent avoir des éruptions érythémateuses, parfois même érythémato-phlycténulaires de la plus grande intensité. Je n'ai pas à en retracer ici la symptomatologie que tous les médecins connaissent et qui constitue les phénomènes cutanés du coup de soleil.

Puis, dans la majorité des cas, les symptômes morbides se calment et il persiste pendant un laps de temps plus ou moins long, souvent fort long, des pigmentations assez ennuyeuses.

Or le triangle sterno-claviculaire est l'une des régions au niveau desquelles la résistance normale de la peau est l'une des plus faibles ; il était donc tout naturel de prévoir que la mode nouvelle devait coïncider avec de nombreuses éruptions aiguës de cet ordre, et c'est ce qui est arrivé. En fait les éruptions érythémateuses aiguës plus ou moins violentes, pouvant arriver dans certains cas jusqu'à la phlycténisation, s'observent assez souvent chez la femme depuis que ce décolletage est en honneur.

Malheureusement il est un fait d'une importance assez grande que la plupart des femmes ignorent, c'est que, lorsque l'on a eu « un coup de soleil », pour qu'il guérisse rapidement et sans laisser de trace il faut : 1° ne pas laver à l'eau et surtout à l'eau et au savon la région blessée ; 2° ne pas continuer à l'exposer sans défense à l'action de l'air et du soleil.

Pour la plupart, quand elles ont leur érythème solaire, elles ne prennent aucune des précautions voulues ; aussi les lésions cutanées ne disparaissent-elles que fort lentement : ou pour mieux dire elles ne disparaissent pas complètement, et il persiste des télangiectasies, de la pigmentation, un certain degré d'épaississement de la peau, en un mot ce que nous avons étudié plus haut.

En outre les téguments deviennent de plus en plus vulnérables; de nouvelles poussées érythémateuses se produisent sur ces régions déjà altérées et la peau peut subir ainsi de profondes modifications qu'il devient fort difficile de faire disparaître.

C. Superposition de dermatoses définies aux lésions traumatiques.

Mais ce n'est pas tout, et le tableau morbide peut devenir encore plus complexe. Le praticien doit en être prévenu, parce que dans les cas que je vais maintenant étudier les lésions premières peuvent être complètement masquées, et la pathogénie vraie des accidents cutanés peut passer complètement inaperçue.

Quand il s'agit de personnes prédisposées à une dermatose, par exemple de névropathes intoxiquées prédisposées aux prurits, aux urticaires, aux prurits avec lichénification, aux eczémas vésiculeux ou papulo-vésiculeux, aux eczémas séborrhéiques ou parakératoses psoriasiformes, on peut voir en effet ces manifestations morbides se développer sur cette région qui est devenue le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme.

Ce que je viens de dire n'est nullement une vue de l'esprit: ce sont des faits que j'ai observés.

Je répète que j'ai vu chez des névropathes des prurits rebelles paroxystiques se localiser en ces points. J'y ai constaté des poussées d'urticaire; chez une personne habituée à boire beaucoup de thé j'y ai relevé du prurit avec lichénification.

Chez deux autres qui ne suivaient aucune hygiène alimentaire, qui se nourrissaient surtout d'œufs et de viande, qui ne faisaient aucun exercice corporel, j'y ai constaté des parakératoses psoriasiformes prurigineuses et lichénifiées.

Chez une dame prédisposée depuis longtemps aux eczémas vésiculeux, à la suite d'un érythème solaire il s'est développé au niveau du triangle sterno-claviculaire un eczéma vésiculeux rebelle qui reprenait de l'intensité dès que la malade allait à la campagne et au grand air.

Je n'ai pas encore observé d'autres dermatoses définies comme complications des faits sur lesquels je veux aujourd'hui attirer l'attention du public médical.

Il est utile dans les cas de cet ordre de porter un diagnostic complet et précis. En effet, pour arriver à faire disparaître les lésions que nous venons de décrire, il est une première condition capitale, c'est de protéger la région atteinte de tout contact irritant. Si on néglige de le faire, on n'obtient aucun résultat durable; à chaque instant, sous l'action d'une simple exposition au froid, au soleil, aux intempéries, surviennent de nouvelles poussées.

L'élément capital du diagnostic c'est la localisation et la forme des lésions cutanées. Quand on songe à la possibilité de cette pathogénie, on ne peut se tromper, et on est forcé d'y songer pour peu que l'on

sache regarder. Aussi n'allons-nous pas insister sur le diagnostic différentiel.

Ajoutons seulement que, dans l'immense majorité des cas, ces lésions cutanées n'ont aucune importance : elles ne consistent qu'en des troubles de pigmentation purs ou associés à des degrés très variables de troubles de la circulation : mais elles sont parfois des plus ennuyeuses au point de vue de la coquetterie féminine.

La dermatose du triangle sterno-claviculaire chez la femme, malgré sa banalité, touche à des problèmes passionnants de pathologie cutanée.

Elle met tout d'abord en relief d'une manière extrêmement frappante l'importance des susceptibilités individuelles dans la pathogénie des dermatoses.

Voici toute une nombreuse série de femmes qui ont le même décollement, qui sont soumises à des actions irritantes extérieures presque identiques, et cependant les effets produits sont fort variables.

C'est un des chapitres intéressants de cette hyporésistance cutanée dont nous avons donné un aperçu d'ensemble dans nos leçons de 1909 et que nous avons étudiée dans ces *Annales* (1914-1915, p. 529.)

Elle démontre en outre toute l'importance de la notion des *loci minoris resistentie* de l'organisme dans la production et la localisation de certaines dermatoses d'origine interne. Les actions irritantes externes diminuent soit d'une manière rapide, soit d'une manière progressive la force de résistance des téguments en cette région, et, sur cette région ainsi devenue un point faible de l'organisme, peuvent dès lors se développer plutôt qu'ailleurs des dermatoses d'origine interne.

On peut se demander pourquoi cette région se traumatise avec cette facilité, alors que le cou, qui est également nu, et, qui est soumis aux mêmes actions irritantes externes ne présente que peu ou point d'altérations. C'est un des points intéressants de cette question. Il nous semble que ce doit être un résultat de la structure particulière des téguments de cette région. La peau y est extrêmement fine, assez vasculaire, tendue sur des plans osseux sous-jacents, riche en glandes sébacées ; elle est un des lieux d'élection de la séborrhée. Elle se rapproche en somme de la structure de la peau de la face beaucoup plus que de celle du cou.

Que faire pour remédier aux altérations cutanées que nous venons de décrire ?

Avant tout il est bien entendu que l'on doit recommander aux femmes de protéger soigneusement la région présternale de tout contact irritant extérieur. Et pour cela il ne suffit pas de la couvrir d'un tissu léger de gaze ou de mousseline ; les agents atmosphériques blessent la peau avec la plus grande facilité à travers ces étoffes transparentes. Il faut

de la bonne toile serrée, blanche, opaque, et il est encore préférable d'étaler tout d'abord sur les téguments une pâte épaisse, par exemple la pâte de Lassar à l'oxyde de zinc avec ou sans un centième de chlorhydrosulfate de quinine; par-dessus on mettra beaucoup de poudre de talc, puis la toile épaisse dont nous venons de parler.

Si l'on s'en tient à ces moyens de protection, les lésions ne s'aggraveront pas: elles tendront à diminuer peu à peu; elles pourront même disparaître, mais avec beaucoup de lenteur.

Si l'on veut en activer la disparition, on peut ajouter à ces mesures de protection le traitement de chacune des lésions que nous avons relevées plus haut. Il nous paraît inutile de les exposer dans cette note. Cela ne présenterait aucun intérêt.

MANIFESTATIONS CUTANÉES DANS UN CAS DE LYMPHADÉNIE
LEUCÉMIQUE. ÉRUPTIONS PRURIGINEUSES PROVOQUÉES
PAR LA RADIOTHÉRAPIE DE LA RATE.

Par le Dr Jörgen Schaumann (de Stockholm).

Depuis 18 mois j'ai l'occasion d'observer de temps en temps un cas de leucémie avec manifestations cutanées. Ce cas présentant à plusieurs égards un certain intérêt, j'ai cru devoir le publier.

Le nommé P. F., âgé de 69 ans, mécanicien, appartient à une famille saine.

Jusqu'il y a quatre ans il a joui de la meilleure santé. Depuis cette époque il se sent fatigué et faible et a présenté une pâleur et un amaigrissement toujours croissants.

Au printemps de 1912, P. F. eut sous l'orifice narinaire gauche une ulcération très persistante et en avril 1914 il en eut deux autres : au niveau de la commissure labiale gauche et sur le menton.

A la fin de mai 1914, j'ai eu l'occasion de l'examiner pour la première fois. Il présentait alors au niveau de la commissure labiale gauche une ulcération mesurant 1 centimètre de diamètre. La surface était régulière et humide, d'un rouge pâle. Les bords étaient plans, taillés à pic et non décollés. Au palper la lésion présentait une infiltration manifeste, dont la consistance n'était pourtant pas aussi accusée que celle d'un chancre syphilitique ou d'un cancer labial.

Immédiatement au-dessous de l'orifice narinaire gauche et un peu du côté gauche du menton une ulcération de la dimension d'un pois, couverte d'une croûte et entourée d'un bord infiltré et de couleur bleuâtre.

Le malade ne ressentait aucune douleur au palper.

Dans les régions sous-maxillaires, il présentait 4 à 5 ganglions lymphatiques du volume d'une fève, de consistance ferme et glissant facilement sous la peau. Dans les aisselles et les aines 2 à 3 ganglions similaires.

L'état général était fort affaibli et le sujet impressionnait par un amaigrissement avancé et par un teint extrêmement pâle. De prime abord son aspect éveillait l'idée d'un cancer. Cependant dès le début il faisait remarquer, ce qui permettait d'orienter le diagnostic dans le bon côté, que trois ans auparavant, un chirurgien avait pratiqué la laparotomie, le croyant atteint d'une tumeur intestinale, et avait constaté que la tumeur supposée était la rate augmentée de volume.

L'examen des organes internes donnait les résultats suivants :

L'extrémité inférieure de la rate est appréciable à la palpation sur une ligne passant par l'ombilic.

Le foie ne dépasse pas le bord droit inférieur du thorax.

Les poumons et le cœur ne présentent pas d'altérations appréciables.

Sang : globules rouges 4 200 000, globules blancs 412 660 (lymphocytes

94 pour 100, leucocytes polynucléaires 4 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 2 pour 100; hémoglobine 77 pour 100.

L'urine ne renferme ni albumine, ni sucre.

J'ai excisé, dans le but de faire un examen microscopique, un morceau du bord de la lésion située sous l'orifice narinaire gauche. Histologiquement cette lésion présente une structure lymphoïde pure. Elle est constituée par une infiltration de lymphocytes, assez clairsemée dans le corps papillaire, mais très compacte dans le chorion jusqu'à la limite inférieure de la coupe. Ça et là on trouve quelques rares mastzellen, mais nulle part de cellules plasmatiques. L'infiltration est tout à fait diffuse, sans aucune systématisation, si ce n'est qu'elle s'arrête brusquement, autour de certains follicules pileux, à la limite du sac fibreux, tandis qu'elle s'étend jusqu'à la gaine épithéliale au niveau de la grande majorité des follicules. L'épiderme est intact, toutes ses couches cellulaires sont représentées.

Il était de toute évidence que le sujet souffrait d'une leucémie du type lymphatique. Or, il était tout naturel de mettre en rapport avec la leucémie les lésions faciales, qu'au premier coup d'œil je soupçonnais être de nature épithéliomateuse. L'examen microscopique permettait de porter le diagnostic de tumeurs leucémiques et, plus tard, leur grande radio-sensibilité confirmait ce diagnostic.

J'ai appliqué les rayons X sur les trois lésions faciales, 5 unités H sur chacune en une seule séance. Sur les ganglions sous-maxillaires j'ai également appliqué 5 H, mais avec un filtre de 1 millimètre d'aluminium.

Quelques jours après le traitement, le malade fut pris de fièvre, qui le tint alité pendant plusieurs semaines. Il avait déjà été sujet à de pareils accès de fièvre d'une durée plus ou moins longue.

Lorsque, quelque temps après la cessation de la fièvre, il est venu me voir (fin juillet 1914), les lésions faciales et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires étaient disparues depuis longtemps, quinze jours après la séance de radiothérapie, disait le malade. J'ai commencé alors à traiter par les rayons X la rate, sur laquelle j'ai fait l'application d'une dose de 3 H, avec un filtre de 2 millimètres d'aluminium.

Une semaine plus tard, j'ai revu le malade. Il disait souffrir, depuis 3 à 4 jours, d'un prurit intense sur les bras et les jambes. Ce prurit avait donc commencé 3 à 4 jours après la radiothérapie de la rate. L'examen révélait sur les bras et les jambes d'assez nombreux papules de prurigo; la plupart de ces papules étaient excoriées et couvertes d'une croûte sanguine, mais on en trouvait aussi d'intactes; ces papules, variant de la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille, étaient de coloration rose, marquées au centre d'un très petit point blanchâtre.

Pas d'urticaire factice.

J'ai extirpé une papule récente du bras gauche. L'examen microscopique des coupes révèle au niveau du sommet de la papule, à l'intérieur du corps muqueux, un groupe de cavités kystiques bien circonscrites, contenant un débris cellulaire et quelques leucocytes polynucléaires et lymphoïdes. Autour de ces kystes, le corps muqueux est œdématié. Au-dessus la couche granuleuse et la couche cornée sont indemnes. Le corps papillaire présente de l'œdème et des infiltrations de cellules lymphoïdes, surtout autour des vaisseaux.

Au cours des six semaines suivantes, le malade subit la radiothérapie de la rate : une séance par semaine, 2 H par séance (filtration à travers 2 millimètres d'aluminium). Pendant ce laps de temps le prurit s'aggrava et

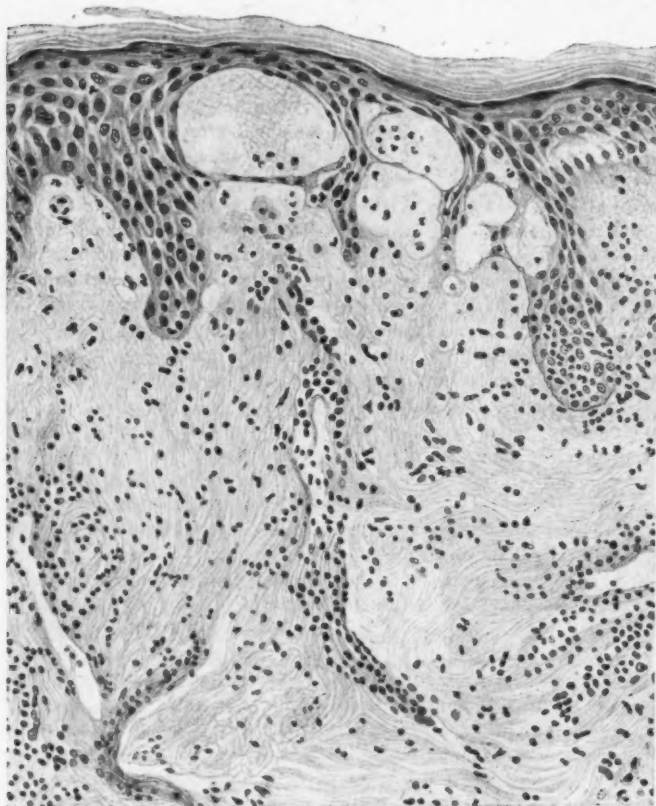


Fig. 1. — Coupe d'une papule de prurigo récente (Grossissement 300/1).

atteignit une intensité pénible. Les papules prurigineuses devenaient beaucoup plus nombreuses, spécialement sur les faces d'extension des avant-bras et des cuisses, autour des poignets, à la partie postérieure du cou et sur le sommet du crâne qui est chauve ; elles étaient moins nombreuses aux bras, aux jambes et sur le tronc. Ça et là le grattage se manifestait par de longues raies croûteuses. Les endroits les plus atteints commençaient à présenter une coloration brunâtre. Nulle part de lichénification.

Le sujet, étant convaincu que le prurit avait été provoqué par la radiothérapie, ne venait plus se faire traiter.

Je ne le revis qu'en décembre 1944. A cette occasion il raconta que, pendant la plus grande partie de l'automne 1944, il avait été alité et que, de temps en temps, il avait eu de la fièvre. Le prurit, disait-il, avait diminué considérablement, depuis qu'il avait cessé de se faire traiter par les rayons X. Il avait été bien bas, mais pendant ces dernières semaines il s'était rétabli sous l'influence d'un traitement médicamenteux, prescrit par son médecin ordinaire. Il ne présentait que quelques rares papules de prurigo écorchées. L'examen du sang révélait: globules rouges 4 295 000, globules blancs 102 320 (lymphocytes 92 pour 100, leucocytes polynucléaires 3,95 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 3,75 pour 100, éosinophiles 0,3 pour 100); hémoglobine 78 pour 100. De crainte que le prurit ne revint, il ne voulait pas se soumettre à la radiothérapie.

Sur le conseil de son médecin, il revint cependant au commencement de février 1945 pour continuer le traitement. J'ai fait alors sur la région splénique une irradiation de 2 H 1/2 dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Le malade ne réapparut chez moi qu'au bout de trois semaines. « Le prurit, disait-il, avait été plus intense que jamais. Il ne lui laissait pas de repos et, surtout le soir, les démangeaisons étaient tellement intenses qu'il n'avait pas pu fermer l'œil de toute la nuit. » Les papules prurigineuses avaient augmenté à un degré considérable, surtout au niveau des anciens lieux de prédilection. En dépit de cette circonstance, il désirait pourtant continuer la radiothérapie et la même dose fut appliquée de nouveau. Il devait continuer à observer les précautions diététiques que, dès le début, je lui avais prescrites.

Il lui devint pourtant impossible de réaliser son intention de faire traiter la rate avec continuité. Je le revis au commencement de mars 1945. « Il ne pourrait plus être question d'exposer la rate aux rayons X », déclara-t-il, « tellement j'ai souffert pendant la semaine dernière ». Sa peau indiquait à l'évidence qu'il disait la vérité. En dehors de nombreuses marques de grattage, il présentait une multitude de papules de prurigo récentes et excoriées, surtout aux anciennes régions de prédilection. La peau de ces régions présentait une pigmentation brunâtre. A la partie postérieure du cou seulement la peau était épaissie, lichénifiée.

Quinze jours plus tard son état était peut-être un peu plus supportable. Il persistait à refuser la radiothérapie de la rate. Par contre il proposa lui-même de subir un traitement des ganglions sous-maxillaires gauches, qui étaient redevenus appréciables à la palpation. Je les ai soumis aux rayons X, 3 H dans les mêmes conditions que la première fois.

Au bout d'un mois — fin d'avril — les ganglions n'étaient plus tuméfiés. Le prurit tourmentait toujours le malade, peut-être un peu moins, mais une nouvelle gêne s'y était ajoutée: du côté gauche du thorax, dans le plan axillaire antérieur, il présentait une tuméfaction douloureuse, du volume de l'extrémité d'un doigt et adhérente à la huitième côte. Comme il était à supposer que cette tuméfaction était de nature leucémique, j'ai fait à ce niveau une séance de 3 H, avec filtration à travers 1/2 millimètre d'aluminium. Quinze jours plus tard le malade m'a téléphoné que la tuméfaction n'était plus appréciable à la palpation.

Depuis lors je ne l'ai vu que deux fois: au mois de juin et au mois d'oc-

tobre de cette année. En juin le prurit, tout en étant à peu près éteint, le gênait cependant de temps en temps. En octobre le prurit avait complètement disparu ; « il s'était éteint successivement ». Une pigmentation brunnâtre, sur laquelle se détachaient des points blancs cicatriciels, persistait encore sur la face externe des avant-bras, à la partie postérieure du cou et dans la région pariétale.

De prime abord, je l'ai déjà dit, le sujet me fit l'impression d'un cancéreux, mais lui-même m'a fait penser au diagnostic de leucémie. Ce diagnostic était facile à vérifier. L'examen du sang, de la rate et des ganglions lymphatiques mit hors de doute le diagnostic de leucémie du type lymphatique.

Au point de vue dermatologique ce cas présente un intérêt spécial. D'abord les cas de leucémie avec manifestations cutanées constituent une rareté relative, et ensuite ce cas éclaircit fort bien, me semble-t-il, la question de l'origine du soi-disant prurigo lymphadénique.

Depuis que Trousseau a décrit, dans sa clinique sur l'adénie, les lésions leucémiques de la peau, on a observé plusieurs cas de cette maladie — et d'autres affections de l'appareil hématopoïétique — où la peau a participé au processus morbide.

On a divisé ces manifestations cutanées en *tumeurs* — lésions de la même valeur et de la même structure que celles des organes internes — et en *dermatoses banales*, appartenant, pour la plupart, au groupe du prurigo.

Dans le cas actuel ces deux ordres de manifestations sont représentées.

Les petits nodules ulcérés de la face — qui présentaient une structure lymphoïde pure et qui étaient très radiosensibles — ne constituent pas le type clinique le plus fréquent de tumeurs leucémiques. Certes, la chronicité, la localisation faciale et la multiplicité forment des caractères ordinaires, mais il est rare que ces lésions s'ulcèrent ; cependant cela n'est pas unique. Nicolau (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1904) a décrit un cas de tumeurs leucémiques faciales, ayant une tendance marquée à s'ulcérer. On pourrait présumer que, dans mon cas, la localisation immédiatement au-dessous du nez et au niveau de la commissure labiale a pu y contribuer, à l'ulcération, la sécrétion nasale et la salive ayant ramolli la surface, mais on ne peut invoquer une cause pareille pour le nodule du menton.

En ce qui concerne l'éruption cutanée généralisée, on ne peut constater qu'il s'agisse de prurigo. Les lésions élémentaires étaient cliniquement des plus caractéristiques et l'examen microscopique révéla le même processus pathologique qui caractérise les papules du prurigo simplex de Brocq et celles du prurigo de Hebra : dans le corps muqueux l'œdème et la vésiculation, dans le corps papillaire l'œdème et les infiltrations périvasculaires. Ayala et Copelli, dans leurs cas de prurigo

lymphadénique, ont constaté les mêmes altérations (1). Il n'est donc pas douteux qu'il s'agit, dans ces cas, d'un prurigo vrai.

La surface postérieure du cou seule est devenue le siège de lichénification. Le peu de tendance à la lichénification en dépit de la violence du prurit se retrouve dans les cas décrits jusqu'ici et paraît une singularité caractéristique.

Ce qui surtout rend le présent cas de prurigo intéressant, c'est qu'avec la netteté d'une expérience il révèle la genèse du prurigo lymphadénique. Ce prurigo se manifestait quelques jours après les séances de radiothérapie sur la rate chez un sujet leucémique, qui n'avait jamais présenté auparavant de symptômes prurigineux, il s'aggravait avec violence après chaque irradiation et enfin il montrait sa corrélation avec ce traitement par le fait que, dans le courant des mois qui le suivaient, il cessait. Il est évident que c'est à la toxémie, due aux substances résultant de la radiothérapie de la rate, qu'il faut attribuer la cause prochaine du prurit et de l'éruption prurigineuse. Des substances analogues doivent avoir déjà existé chez le malade à un stade antérieur : ce sont vraisemblablement elles qui ont provoqué les accès de fièvre auxquels, à plusieurs reprises, il avait été sujet auparavant ; elles se formaient, bien entendu, lors de la radiothérapie des lésions faciales et des ganglions sous-maxillaires, mais ce n'était que par l'exposition aux rayons de la grande surface splénique qu'elles s'accumulaient en quantité suffisante pour produire une irritation de la peau.

La leucémie étant une des maladies qui ont bénéficié le plus de la radiothérapie en tant que celle-ci peut prolonger la vie de plusieurs années, on se demande quel traitement on devrait dans un cas semblable substituer à la radiothérapie. Car celui qui a vu à quel degré les rayons X ont — par le prurit et l'insomnie qu'ils ont provoqués — affaibli mon sujet, sera convaincu que la continuation de la radiothérapie aurait abrégé sa vie. A plusieurs reprises j'ai fait l'essai d'une médication arsenicale, mais le malade déclarait que son estomac la supportait mal ; c'est pourquoi j'ai l'intention d'avoir recours à l'arsénobenzol, aussitôt que cela me sera possible.

(1) AYALA, Su di un caso di prurigo linfadenico del Dubrenilh.

COPELLI. Prurigine e leucemia. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1912, p. 386.

COMMENT SE SONT CONTAMINÉS CENT VÉNÉRIENS TRAITÉS DANS LA ZONE DES ARMÉES

Par le Dr **Léon Jolivet**,

Médecin traitant à l'annexe des vénériens de l'Hôpital militaire de S...
Médecin du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police de Paris.

Depuis le 15 août 1915, parmi les vénériens qui ont été traités à l'annexe de l'Hôpital de Contagieux de S..., sous la direction de M. le Dr Paul Ravaut, nous rapporterons les observations des cent premiers malades pour lesquels nous avons pu déterminer avec précision les conditions de la contagion.

Ces cent malades ont tous été contaminés depuis le début de la guerre; ils comportent 43 cas de syphilis, 53 blennorrhagies aiguës et 4 chancres mous. Deux de nos syphilitiques étaient en outre atteints de blennorrhagie et un malade porteur de chancres mous avait en même temps contracté une blennorrhagie. Trois chancres, mous primitivement, se sont ultérieurement révélés, par modification locale et apparition de syphilides érythémato-papuleuses, comme étant des chancres mixtes.

Si nous étudions les conditions dans lesquelles s'est produit la contagion, en considérant les zones établies par l'autorité militaire, nous pouvons envisager deux grandes catégories :

1° Les contagions prises dans la zone des armées;

2° Les contagions prises dans la zone de l'intérieur; celles-là divisées à leur tour en deux sous-catégories suivant que la contagion a été prise dans les dépôts ou au cours d'une permission.

SYPHILIS BLENNORRHAGIE CHANCRES MOUS			
Hommes contaminés dans la zone des armées, 24 %			
	44	44	2
Hommes contaminés dans la zone de l'intérieur, 76 %	dans les dépôts. 24	43	4
	en permission. . 8	29	4

Mieux que tout commentaire, le tableau ci-dessus nous montre l'énorme disproportion qui existe entre le nombre des contagions prises dans la zone des armées, 24 pour 100, et celui des contagions prises dans la zone de l'intérieur, 76 pour 100.

Cette disproportion résulte uniquement de ce qu'au front les occasions de contagion sont plus rares et imputables presque exclusivement à la prostitution clandestine sévissant dans une population civile très réduite.

Ce n'est qu'assez loin du front, dans les villes, que nos malades ont pu se contaminer auprès de femmes de maison et de femmes en carte. Le nombre des contagions fourni par ces deux catégories de femmes est malgré tout très peu élevé; peut-être parce que la surveillance est plus efficace dans la zone des armées qu'à l'intérieur; mais aussi sans doute parce que nombre de prostituées se sont réfugiées à l'intérieur. L'autorité militaire, en beaucoup d'endroits, a d'ailleurs agi très sagement en contribuant à éloigner tout ce monde du théâtre des opérations.

Plus loin encore, à l'extrême limite de la zone des armées, dans la zone de l'intérieur et au voisinage des dépôts, le nombre des contagions grandit considérablement. C'est qu'aux contaminations produites par la prostitution clandestine viennent se surajouter les ravages exercés par les prostituées officiellement placées sous la surveillance de la police. Il semble en outre que ces deux facteurs réunis soient multipliés par un fort coefficient.

Dans la recherche de l'agent contaminant, l'interrogatoire des malades est toujours une chose délicate. Certains ont pu mentir, poussés par un désir qu'aucuns qualifient de chevaleresque de ne pas dénoncer la femme qui leur a accordé ses faveurs et une maladie grave. D'autres étaient en état d'ébriété et n'ont conservé de l'acte que des souvenirs vagues et confus. D'autres encore, superbes d'indifférence, ne sauraient donner le moindre renseignement sur leur partenaire. On devine, chez beaucoup, un désir impérieux et brutal, assouvi brusquement par hasard; parfois sur une route, derrière une haie, dans un grenier ou derrière une meule de paille. La peur d'être surpris, la rapidité du rapport ont concentré toute leur attention et ils ne savent ni le nom, ni la profession, ni la couleur des cheveux de la femme rencontrée. Il ne leur reste qu'un cuisant souvenir rétrospectif.

D'autres se sont contaminés dans des estaminets, si nombreux autour des cantonnements. Tantôt, c'est la femme qui sert à boire et dont on se sert après boire. Tantôt ce sont des filles du pays qui viennent s'y prostituer. Mais parfois aussi, c'est la patronne qui dispense ses faveurs pour des prix modiques. L'une de ces tenancières, arrêtée depuis, a contaminé deux de nos malades, dont l'un se redressait fièrement au souvenir de sa bonne fortune. Il n'avait pas payé ce qui coûtait aux autres soixante-quinze centimes!

Ici ce sont des blanchisseuses à qui l'homme, au retour des tranchées, remet son linge à blanchir; l'homme est entreprenant et la blanchisseuse d'humeur facile est vite séduite. Un de nos malades, étant au dépôt à Rueil, fréquentait un atelier de blanchisseuse. Il ne pouvait en croire ses oreilles quand il apprit qu'il avait la syphilis. Cet homme se figurait qu'on ne pouvait contracter une maladie vénérienne en dehors des contacts normaux (contact ab ore).

Là, ce sont des couturières à qui le troupier confie des réparations urgentes. D'autres se sont contaminés avec des filles de ferme travaillant dans l'endroit même où la compagnie vient cantonner. Une telle aubaine est vite connue et toute l'escouade a tôt fait de défiler dans le grenier où la belle prodigue ses faveurs.

Parfois encore, ce sont des réfugiées provenant des régions envahies ou de Belgique ; l'une mariée a donné la syphilis à un territorial qui à ses côtés travaillait à la moisson. Une autre également mariée, mondaine séduisante, a contaminé un autre de nos malades.

Au petit nombre de contagions réalisées par les femmes en carte dans la zone des armées, il faut apposer le nombre considérable de contagions effectuées par leur entremise à l'intérieur, soit 46 pour 100 dont 23 syphilis, 22 blennorrhagies et 2 chancres mous.

Un seul malade a contracté une blennorrhagie dans une maison de rendez-vous d'une préfecture méridionale dont les habituées, lui affirmait-on, étaient des femmes mariées de la région.

Nous devons ici signaler le danger qu'offre pour le soldat isolé la traversée des grandes villes et surtout le voisinage des gares ; tout un monde de prostituées gravite autour d'elles. Ainsi :

M..., au retour d'une permission, séjourne quelques heures à Paris et, près de la gare du Nord, rencontre une femme qui l'emmène à l'hôtel et lui donne la syphilis.

B..., fusilier marin, envoyé de son dépôt au front ; au sortir de la gare Montparnasse, il pénètre dans un débit avec un camarade. Une femme qui s'y trouvait boit avec eux et les emmène tous deux à l'hôtel. B... passe le premier et contracte la syphilis et une blennorrhagie, tandis que le camarade en est quitte pour une blennorrhagie.

H..., rentrant de permission, rencontre une femme près de la gare du Nord ; blennorrhagie.

M... contracte une blennorrhagie dans des conditions identiques.

Br..., rentrant de permission, change de train à Corbeil et séjourne deux heures dans la gare. Sur le quai, il lie conversation avec une femme qui lui propose d'abriter leurs amours dans les water-closets ; blennorrhagie.

Un certain nombre de permissionnaires ont utilisé leurs loisirs à chercher bonne fortune. Ceux-là se sont contaminés à des sources diverses : bonnes, bonnes de café, blanchisseuses, ouvrières, toutes se livrant à la prostitution clandestine.

Deux d'entre eux ont contracté, l'un une blennorrhagie, l'autre une syphilis avec la maîtresse qu'ils avaient quitté à la mobilisation.

D'autres affirment qu'étant mariés, ils n'ont pas eu de rapports autres qu'avec leur femme légitime. Peut-être parmi ceux-là en est-il qui ont caché sciemment la vérité de peur de représailles. Dans l'impossibilité où nous sommes d'examiner les femmes de nos malades,

nous ne pouvons que rapporter ici que 13 femmes auraient donné la blennorrhagie à leurs maris, et 3 la syphilis.

En outre, 8 femmes mariées auraient communiqué, quatre la syphilis à autant de nos malades et quatre blennorrhagies à quatre autres.

Un seul de nos malades a présenté un chancre syphilitique de la gencive qui peut résulter d'un contagion extragénitale? Ce malade nie formellement tout rapport aussi bien conjugaux qu'extraconjugaux. Il est vraisemblable de penser que cet homme a pu se contaminer soit en buvant dans un verre, soit en utilisant une fourchette contaminées par un syphilitique. A ce propos, nous devons signaler le cas du fusilier marin S... qui, après avoir contracté la syphilis à Paris, a circulé pendant près de quatre mois porteur de syphilides érosives génitales et buccales particulièrement abondantes. Il est manifeste que cet homme a pu être un foyer d'infection secondaire très intense: non seulement par contact direct avec ses camarades, mais encore parce qu'il fréquentait assidument un estaminet où se trouvaient trois femmes dont deux au moins eurent des rapports avec lui. Ces femmes avaient certainement chaque jour des rapports avec de nombreux soldats et ce serait miracle qu'elles n'aient pas été contaminées et n'aient contaminé personne.

Il faut en matière de contagion penser à tout et ne reculer devant aucune recherche. C'est ainsi que le tirailleur H..., admis pour favus et chancres mous de la marge de l'an us, avait, ainsi qu'en fait foi la déformation typique de sa région anale, contracté ses chancres d'un camarade qui fut son partenaire actif. Confirmation de cette hypothèse fut fournie, en dépit des dénégations des intéressés, le jour où un autre tirailleur, M..., à peine guéri d'un chancre syphilitique, nous montra un chancre mou du frein et une adénite qui suppura et se compliqua de chancrellisation et de phagédénisme. Ces malades, ainsi qu'il le fut établi, avaient été vus ensemble à diverses reprises.

Le tableau suivant résume les résultats du dépouillement de nos observations :

		SYPHILIS	BLENNORRHAGIE	CHANCRES MOUS
I. Prostitution officielle, 52 %	Maisons.	16	10	»
	Maisons de rendez-vous.		1	
	Femmes en cartes.	9	14	2
II. Prostitution clandestine, 48 %:				
Femmes mariées	Couturière.	»	1	»
	Blanchisseuses.	1	1	»
	Cabaretière.	1	»	»
	Professions indéterminées.	2	2	»
	Femmes légitimes.	3	13	»
	Réfugiées.	2	»	»

	SYPHILIS	BLENNORRHAGIE	CHANCRES MOUS
Maitresses légitimes.	4	4	»
Blanchisseuses.	3	2	»
Ouvrières.	2	4	»
Bonnes de café.	4	4	»
III. Catégorie indéterminée (26 dont 25 vraisemblablement étaient des femmes en carte).	4	»	»
IV. Contagion extragénitale?	4	»	»
V. Contagion par actes de pédérastie.	»	»	2 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ au corps.} \\ 1 \text{ à l'hôpital.} \end{array} \right.$

Que nous apprend ce tableau? En nous montrant la multiplicité des causes de contagion, avec la brutalité d'une statistique, il nous fait voir aussi que partout l'état de guerre a créé une plus grande liberté des mœurs, déchainé les passions et accru la prostitution dont il a rendu la surveillance plus difficile.

Il nous fait entrevoir, en outre, le double but que nous avons à atteindre en poursuivant la réalisation de la prophylaxie des maladies vénériennes et plus particulièrement de la syphilis : — Blanchiment rapide et durable des malades contaminés, — Recherche de moyens préventifs contre les contaminations nouvelles : soit au moyen de conférences, soit plutôt en enseignant aux hommes l'usage de moyens physiques propres à les préserver de la contagion.

Ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que de traiter ici ces deux si importantes questions.

RECUEIL DE FAITS

HÉMORRHAGIE DU CORPS VITRÉ CONSÉCUTIVE À UNE INJECTION DE NOVARSÉNOBENZOL CHEZ UN TABÉTIQUE

Par Ch. Audry.

L'action congestive du néosalvarsan est bien connue, traduite souvent par des épistaxis, des hématuries, etc. Je suis porté à croire que cette action hypertensive, parfois démesurée, n'est pas étrangère à quelques-uns des accidents cérébraux mortels ou non qui se produisent encore. En fait, dans le cas que j'ai observé et que M. Janko Jouchan a publié ici-même, l'examen histologique du cerveau n'avait montré aucune trace d'encéphalite. De ce chef, il y aura peut-être à établir une distinction de nature entre les empoisonnements qui suivaient exceptionnellement l'ancien 606, et les accidents certainement plus rares du 914.

Quoi qu'il en soit, voici un nouvel exemple de cette action hémorragique; il montrera aussi que la dose de 0,90 ne doit être employée que bien exceptionnellement et qu'il faut toujours ménager les tabétiques.

X..., âgé de 56 ans, présente depuis plusieurs années des douleurs fulgurantes, de l'abolition des réflexes, le signe d'Argyll Robertson, etc., en somme tous les accidents d'un tabes. L'œil gauche du malade offre une oblitération partielle de la pupille avec adhérences iriennes consécutive à un traumatisme de l'enfance. Bon état général. Artères sinueuses. Pas d'altérations viscérales appréciables cliniquement.

Le malade se trouvait dans une ville d'Espagne, quand on lui conseilla de suivre un traitement antisyphilitique. Il reçut d'abord deux injections d'huile grise, puis une injection intra-veineuse de 0,90 de novarsénobenzol.

10 minutes après celle-ci, il perçut tout à coup une sensation étrange, perdit connaissance et tomba brusquement, perdant du sang par le nez et la bouche. A force de soins, d'injections de caféine, il revint à lui au bout de 2 heures, et s'aperçut aussitôt que la vision de son œil droit, le seul bon, était considérablement altérée. Dès le lendemain, la vue est redevenue normale; mais, quand le malade se réveille 8 heures après l'injection, il avait complètement perdu la vue de ce côté.

Il revint en France, et je le vis 7 jours plus tard. Il commençait à récu-

pérer un peu la vue; il retrouvait la sensation lumineuse, celle des formes et des couleurs, mais ne comptait pas les doigts à 0,25 de distance.

Je l'adressai au Dr Terson père le lendemain, 10 jours après l'accident. Celui-ci constata que le corps vitré était inondé par une hémorragie abondante qui l'avait coloré entièrement en brun noirâtre. A ce moment l'opacité hémorragique était telle qu'on ne put découvrir le point initial de l'hémorragie. Je n'ai pas pu avoir de nouvelles ultérieures.

Des indications que m'a fournies M. Terson, il résulte que la syphilis, à elle seule, est volontiers génératrice des hémorragies du corps vitré. D'autre part, l'existence d'un tabes bien confirmé, l'artério-sclérose sont autant d'éléments favorisant cet accident.

Mais il est difficile de ne pas accorder à l'injection de novarsénobenzol un rôle souverainement actif dans la provocation de cette apoplexie oculaire. Les épistaxis, la perte de connaissance, etc., qui précédèrent ou accompagnèrent la première attaque de cécité en sont une preuve suffisante.

Il est manifeste que la dose de 0,90 était ici exagérée.

Je crois, d'ailleurs, qu'il faut toujours être prudent dans l'emploi du novarsénobenzol chez les anciens tabétiques à système artériel défectueux.

J'ai pu récemment observer un autre malade chez lequel un glaucome a été peut-être engendré et, en tous cas, très probablement aggravé par une cure de novarsénobenzol.

C'est une erreur de croire que seule la rétine peut avoir à redouter les médicaments arsenicaux. Si l'action neurotropicque du novarsénobenzol est effectivement très faible ou nulle, son action hypertensive peut influencer d'une manière fâcheuse un œil dont le système circulatoire a perdu sa souplesse normale.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthosis nigricans.

Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire pigmentaire de Darier) (*Acanthosis nigricans (Distrofia papilar pigmentaria de Darier)*), par J. DE AZÚA. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1912, 18^e année, n° 5, p. 266.

Ce cas serait le premier publié dans la littérature médicale espagnole. Il concerne un homme de 62 ans, robuste, ni syphilitique ni tuberculeux, sans symptômes viscéraux certains de cancer ni troubles généraux, présentant depuis 2 mois une pigmentation diffuse et générale de la peau, avec hyperpigmentations régionales sous forme de taches et papules lenticulaires, un état papillomateux de quelques muqueuses (conjonctive, lèvres, palais) et des régions cutanées les plus pigmentées. Avec les lésions pigmentaires coexiste un prurit, plus intense aux régions les plus affectées, causant au malade de grandes insomnies. Puis survint une éruption morbilliforme généralisée avec démangeaisons insupportables; une biopsie confirma le diagnostic. Cette observation, très complète, est accompagnée de belles planches photographiques et suivie d'une description générale de la maladie, avec bibliographie à partir de 1908. J. MÉNEAU.

Actinomyecose.

Un cas d'actinomyecose de la joue, par GOURSOLAS. *Bulletin de la Société de médecine militaire française*, 19 février 1914, p. 167.

Homme de 22 ans, ayant eu il y a 3 ans un abcès de la région malaire droite paraissant d'origine dentaire; il y a 2 mois, nouvel abcès de la même région, qui est incisé et laisse une légère tuméfaction diffuse de la région, puis réapparition d'une tuméfaction de l'étendue d'une petite paume de main, indolore, dure, ferme, adhérente à la peau et à l'os, avec un orifice fistuleux à son centre. Dentition bonne. L'examen du pus fait par Dopter montre de très nombreux polynucléaires et des grains d'actinomyces. Guérison rapide par l'iode de potassium. G. THIBERGE.

Aïnhum.

Aïnhum, par MARIO TOLEDO. *Boletim da sociedade Brasileira de Dermatologia*, 1913, n° 2 et 3, p. 87.

T. signale un cas d'aïnhum du pied orteil gauche chez une femme de 27 ans, qui n'avait pas l'habitude de marcher pieds nus. La maladie remontait à 8 ans. Elle est devenue très rare au Brésil. J. MÉNEAU.

Aïnhum double symétrique et synchronique (*Aïnhum duplo syme-*

trico e sincronico), par SILVA ARANJO FILHO. *Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 31 juillet 1944.

Un nègre brésilien, âgé de 22 ans, a été atteint, il y a 2 ans, d'une petite écorchure suivie de démangeaisons au sillon du 5^e orteil du pied gauche. Puis s'est formée lentement une stricture à la base de l'orteil qui s'est déformé, est devenu mou, bulbeux, prenant l'aspect d'une boule. En même temps, le 5^e orteil du pied droit subissait la même déformation. L'ainhum devient de plus en plus rare au Brésil. La simultanéité et la symétrie des lésions sont rares dans cette affection.

J. MENEAU.

Bouba.

Bouba, par SILVA ARAUJO FILHO. *Boletim da Sociedade brasileiro de Dermatologia*, 1944, p. 8.

Boubas est le nom employé au Brésil pour désigner le pian ou framboesia tropicale. Elle est due au treponema pertenu. Après une période d'incubation variable, surviennent des mouvements fébriles irréguliers, un malaise général, de la céphalée, des troubles digestifs, des douleurs rhumatoïdes et ostéocopes. Puis la peau devient rude, perd son lustre et des macules prurigineuses et pityriasiques se disséminent sur le corps. Les paumes et les plantes se crevassent au niveau des plis cutanés. La papule initiale ne diffère en rien au point de vue morphologique des éléments de la période secondaire. Ce chancre siège souvent chez l'adulte au pied ou à la partie inférieure de la jambe, chez l'enfant au pourtour de la bouche et du nez; plus grand que les autres éléments, il est vulgairement appelé boubamái (bouba-mère). Il peut persister tout le temps de la maladie; d'habitude, au cours de plusieurs semaines ou mois, il régresse et disparaît. Plusieurs semaines après l'apparition du bouton primitif, un mouvement fébrile et des douleurs ostéo-articulaires annoncent la généralisation de l'éruption qui se répand sur tout le corps, mais surtout à la figure et au tronc. Sur les membres, elle occupe de préférence les surfaces de flexion et les plis. Les boutons de bouba sont indolents, mais prurigineux, chaque papule s'ulcère. Souvent l'exsudation séreuse est abondante. La croûte tombée, la surface prend l'aspect d'une framboise. Lorsque plusieurs éléments sont groupés, la lésion atteint la grandeur d'une noisette. La croûte enlevée, apparaît l'élément couvert de végétations rouges qui laissent suinter une sécrétion séro-purulente, gommeuse, facilement concrescible, fétide. Après un certain temps, le tubercule se dessèche et disparaît, en laissant des taches achromiques ou pigmentaires, qui subsistent quelque temps. Quand la lésion siège à la plante des pieds, ce qui est fréquent chez le nègre, la marche est très douloureuse. L'épaississement de la couche cornée palmaire et plantaire est habituelle. Les ganglions en rapport avec les éléments éruptifs sont presque toujours volumineux, parfois douloureux, mais ne suppurent que lorsqu'il y a des infections secondaires. Au Brésil, la bouba est peu contagieuse; elle est plus fréquente chez les nègres; elle n'est pas héréditaire, inoculable et réinoculable au porteur.

La *syphilis* est la maladie avec laquelle on peut le plus facilement confondre la bouba. Diversité d'incubation, inconstance de l'accident initial qui est presque toujours extragénital dans la bouba, éruption monomorphe,

absence d'alopecie, de lésions des muqueuses et d'ulcères, prurit plus ou moins accusé. Pronostic toujours bénin. Immunité incertaine. Inoculabilité et réinoculabilité. Transmission probable par les insectes. La *verruca* péruvienne est limitée au Haut-Pérou; ses éléments ont une structure érectile; elle se localise sur les muqueuses et les organes internes; elle est très grave. La forme papillomateuse de la *leishmaniose* s'en différencie par le cadre général, les lésions des muqueuses, l'absence de tréponème per-tenu. Mais la forme cutanée de la *leishmaniose* est parfois d'un diagnostic délicat. La *blastomycose* se reconnaît par la recherche des blastomycètes, qui sont constants dans les frottis ou par les cultures. La *blastomycose* au Brésil se manifeste presque toujours d'abord sur les commissures labiales, se propageant ensuite à la muqueuse buccale, mais rarement à la peau. L'ulcération est superficielle, finement granuleuse et couverte d'abcès minuscules. Les ganglions voisins se prennent de bonne heure et suppurent. La mort arrive en quelques mois. Le pronostic de la boubie est toujours bénin. La *sporotrichose* au Brésil affecte la forme nodulaire se disposant en rangées linéaires caractéristiques. L'ensemencement sur milieu de Sabouraud fait pousser des colonies faciles à reconnaître. Le *granulome ulcéreux* des organes génitaux siège exceptionnellement sur d'autres régions. Il se forme d'abord de petites vésico-pustules, contiguës, occupant une large surface. L'ulcération est linéaire aux aines; au ventre, elle se présente comme d'épaisses plaques circulaires ou comme une vaste plaie. Le fond est couvert de petites granulations aplaties, rouges, très rapprochées, baignées par une sérosité fétide. Les bords sont taillés à pic. Les cicatrices sont dures et réticulaires.

Le traitement de la boubie par le néosalvarsan est très rapide, mais il faut répéter les injections pour éviter les rechutes.

J. MÉNEAU.

Bouton d'Orient.

Le bouton d'Orient au Maroc, par FOLLY et TOINON. *Bulletin de la Société de médecine militaire française*, 49 mars 1914, p. 231.

F. et T. rapportent la première relation de cas de boutons d'Orient observés dans le corps expéditionnaire du Maroc. La petite épidémie qu'ils ont observée a débuté en hiver, au moment de la disparition des mouches, et longtemps après la saison des dattes. Elle s'est produite dans deux postes: dans l'un, chez des Européens et chez des indigènes, dans l'autre seulement chez des tirailleurs employés aux travaux de la route. Dans tous les cas, début par les mains.

G. THIBIERGE.

Thérapeutique spécifique et prophylaxie du bouton d'Orient, par GACHET. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 avril 1915, p. 475.

G. a traité le bouton d'Orient par l'arsénobenzol en injections intraveineuses et en a obtenu des résultats très remarquables, d'autant plus brillants que la dose employée était plus élevée. Il conseille de ne pas dépasser 1 centigramme par kilogramme de poids corporel. On devra, s'il y a lieu, renouveler l'injection 8 jours plus tard; il est exceptionnel qu'il soit besoin d'en faire une 3^e.

L'emploi local seul des sels d'arsenic en poudre ou en solution donne une amélioration passagère, une guérison superficielle, mais jamais une

guérison définitive. Les injections interstitielles locales donnent des guérisons définitives en 3 à 5 semaines.

L'affection du chien connue en Perse sous le nom de salek est produite par le même parasite que le bouton d'Orient de l'homme appelé lui aussi salek et est transmissible à l'homme, très probablement par l'intermédiaire de la mouche *Hippobosca canina*.

La prophylaxie de la maladie se résume dans l'extinction du foyer humain et du foyer canin, réalisée par le traitement de tous les cas et la destruction des chiens lorsqu'ils sont trop nombreux. G. THIBIERGE.

Choléra (Lésions cutanées dans le).

Physiologie et pathologie de la peau dans l'infection cholérique (Fisiologia e patologia della pelle nella tossi-infezione colerica), par P. SABELLA. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1943, p. 527.

S. a observé dans le choléra du prurit simple, des érythèmes, de l'exanthème papuleux, des éruptions pustuleuses, des furoncles, des abcès cutanés, de la gangrène cutanée, de l'ictère. Frappé de la ressemblance de ces symptômes produits par l'infection cholérique avec ceux qu'on observe dans les dermatoses d'origine rénale, S. se demande s'ils sont la conséquence de l'altération du rein. Il discute cette hypothèse et aboutit à cette conclusion que la néphrite et la dermite du choléra sont deux manifestations de la même toxémie, ressortissant à la même cause et non pas cause l'une de l'autre. H. MINOT.

Cils.

Sur l'implantation de poils vivants utilisés pour planter des cils (Ueber die Einpflanzung lebender Haare zur Wimpernbildung), par F. KAUSIUS. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1944, n° 49, p. 958.

On sait que quelques dermatologistes ont montré qu'on pouvait planter des cheveux vivants.

K. indique comment il faut procéder pour utiliser ce procédé afin de refaire des cils absents (On implante avec une aiguille spéciale les poils en brisant leur bulbe d'après la manière de Kromayer). Ch. AUDRY.

Cuir chevelu.

Cuir chevelu encéphaloïde (Cuero cabelludo encefaloïde), par JONQUIÈRES. *Revista dermatologica de la sociedad dermatologica argentina*, tome II, n° 5, p. 427.

Cas de cutis verticis gyrata (Jadassohn), pachydermie occipitale vorticellée d'Audry, chez un homme de 33 ans. Rien de particulier. J. MÉNEAU.

Diphtérie cutanée.

Formes rares de diphtérie cutanée (Diphtheria of the skin of unusual types), par KNOWLESS et FRESCOLN. *Journal of the American medical Association*, 1^{er} août 1944, p. 398.

Deux sœurs, 4 et 8 ans, présentent simultanément des éruptions généralisées affectant surtout le tronc et les extrémités et caractérisées par des bulles, des grosses phlyctènes et des pustules entourées d'aréoles inflam-

matoires et contenant un pus jaune, extrêmement épais. Température très élevée chez l'une, modérée chez l'autre. L'examen fit découvrir chez toutes les deux des angines membraneuses avec grosse adénopathie. Les cultures faites avec les membranes et le contenu des pustules confirmèrent le diagnostic de diphtérie cutanée. Malgré les injections de sérum l'une des enfants décéda au bout de 2 jours.

S. FERNET.

Eléphantiasis.

Eléphantiasis du scrotum et du pénis consécutif à la syphilis (Elefantiasis del scroto y pene consecutivo á sífilis), par MAÑUECO VILLAPARDIENA. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1915, p. 266.

Un homme de 43 ans, de bon état général, sans filaire dans le sang, atteint depuis 9 ans de syphilis conjugale, a vu grossir par poussées successives son scrotum, jusqu'aux dimensions d'une grosse pastèque. Le pénis est presque caché dans la bourse scrotale quand l'œdème augmente. Entre temps, il fait saillie sur lui et, quand le malade peut décalotter, on voit quelques végétations sur le sillon balano-préputial, et sur le dos du pénis une large cicatrice consécutive à une gomme ulcérée. Le coït est impossible et l'urine séjourne dans les plis du prépuce au moment de la miction. A la partie inférieure du scrotum, eczéma. A la partie supérieure du scrotum et sur le pénis, la peau est dépressible et le doigt peut y faire godet. A la partie inférieure et aux points déclives, larges plaques de lichénification secondaire donnant au toucher une dureté ligneuse. Un traitement énergique par le salvarsan, le mercure et l'iodure a donné d'excellents résultats. Le volume du scrotum a beaucoup diminué, mais le tissu ne reprendra son volume qu'avec une intervention chirurgicale.

J. MENEAU.

Endothéliome.

Sur l'hémangio-endothéliome tubéreux multiple et sur le lymphangio-endothéliome multiple tubéreux (de Kaposi) (Ueber Hämangioendothelioma tuberosum multiplex und Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex [Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi]), par OESTREICH et E. SAALFELD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 4.

O. et S. distinguent soigneusement l'une de l'autre ces 2 lésions dont ils donnent des exemples.

Dans le cas d'hémangio-endothéliome, il s'agit d'un homme de 43 ans, qui présente depuis un an et demi une éruption progressivement étendue sur le dos et les bras (extension), les cuisses, etc., et constituée par de petites efflorescences grosses comme une tête d'épingle ou une lentille, peu saillantes, ni brillantes, d'un couleur rouge et cyanotique, restant brunes sous la pression d'une lame de verre. Au début, prurit violent. Pas d'altération viscérale. Au microscope, structure d'angiome capillaire sanguin, avec endothéliomatose très faible.

O. et S. rappellent quelques cas antérieurs plus ou moins semblables de Jahrsch, etc., qui ont été publiés sous des noms différents. Puis, ils donnent 3 observations de lymphangioma tuberosum multiplex de Kaposi, différant du cas précédent par la nature et le siège nettement lymph-

tique des ectasies, le degré bien plus prononcé de la formation endothéliomateuse, et cliniquement, par la différence de coloration, l'absence de symptômes subjectifs, etc.

Ch. AUDRY.

Epithélioma.

Sur les transformations de l'épithélium dans l'inflammation, et les rapports de ces transformations avec l'épithélioma malin (Ueber die Veränderungen des Epithels bei der Entzündung und Beziehung dieser Veränderungen zum bösartigen Epitheliom), par Mc DONAGH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 289.

M. D. commence par rappeler et résumer les recherches de Unna au sujet de l'hyaline et de sa détermination Il y a 2 manières de considérer les corpuscules de Plimmer et de Russel : les uns les considèrent comme des parasites, les autres comme des produits de dégénérescence cellulaire. Pour M. D., ce ne sont ni l'un ni l'autre, mais bien des produits de l'élaboration du noyau.

Quant aux formations pseudo-parasitaires de l'épithélioma malin, elles ne sont pas autre chose que des transformations de corpuscules nucléaires, ni parasites, ni dégénératifs. Elles peuvent très bien se retrouver dans les inflammations et servent à établir un rapport entre l'inflammation et le cancer. Et ces rapports entre l'inflammation et le cancer, on peut les suivre comme les anneaux d'une chaîne.

Ch. AUDRY.

Epithélioma de la région ombilicale (Epithelioma da região umbilical), par D'UTRA E SILVA. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 29 mai 1914.

Brésilien, 32 ans. Début il y a 6 ans par une petite ulcération autour de la cicatrice ombilicale. L'ulcération disparut pour se reproduire plus large. Le tour finement granuleux, rose, est entouré d'un halo bleuâtre. Le tissu sous-jacent est très dur, on voit en quelques endroits des cicatrices en relief et réticulaires. Au microscope, épithélioma perlé.

J. MÉNEAU.

Cas d'ulcus rodens (Case of rodent ulcer), par GRAHAM LITTLE. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological section*, mars 1915, p. 101.

H. 71 ans, ulcus rodens de la nuque. Une adénite cervicale ayant débuté il y 5 ans grossit sans s'ulcérer pendant 4 ans, jusqu'à atteindre la grosseur d'une belle noix. Il y a un an, une partie de la tumeur s'ulcéra, laissant intacte une partie du bord supéro-interne qui resta une tumeur circonscrite, mamelonnée, caractéristique de l'ulcus, de la grosseur d'une noisette de Barcelone. L'ulcération, contiguë à cette tumeur, avait le bord dur, élevé de l'ulcus entourant une excavation peu profonde. Pas d'adénites dans le cou. Il existait aussi de nombreux kératomes séniles sur le dos des mains, quelques-uns sur la face dont un avait commencé à s'ulcérer, formant un second ulcus rodens tout petit. Le père de cet homme avait eu aussi un ulcus rodens chronique qui ne l'avait pas empêché de vivre jusqu'à 95 ans. Cette hérédité morbide est très rare. L. se range à l'avis de Besnier que l'ulcus rodens pourrait être la forme terminale de beaucoup de variétés d'épithélioma, et peut-être le cas actuel ne serait-il qu'un épithé-

lioma à cellules squameuses. Cependant la lenteur de l'évolution et l'absence d'envahissement ganglionnaire en fait indubitablement un cas d'ulcus rodens. L. ne voit pas de relations entre l'ulcus du cou et les kératomes, quoiqu'il y ait à la fois un commencement net d'ulcération au siège d'un kératome. Contrairement à l'opinion de Dubreuilh, L. croit que le kératome sénile est souvent associé au développement d'ulcus rodens évidents.

J. MÉNEAU.

Cancers cutanés à cellules épineuses et basales (Prikle cell and basal-cell skin cancers), par HAZEN. *The Journal of the American medical Association*, 20 mars 1915, p. 958.

On accorde généralement à l'heure actuelle que le cancer ne survient pas sur une peau saine. Les tumeurs à cellules basales succèdent à des kératoses séborrhéiques, récemment étudiées par Sutton. Les cancers à cellules épineuses proviennent de cicatrices (plaies, brûlures, ulcères, loupes, dermatoses chroniques). L'origine de quelques tumeurs, comme l'a démontré Petersen, est multicentrique; elles ne proviennent pas d'une seule cellule ou d'une collection de cellules. Les cancers à cellules basales se rencontrent surtout à la face (paupières, plis naso-faciaux); ils ne sont pas rares sur la peau de la face et du cou, au cuir chevelu; on les rencontre moins sur les épaules, les membres et les muqueuses. Les cancers à cellules épineuses sont surtout communs sur les muqueuses et notamment sur la lèvre: ils forment la grande majorité de tous les cancers des extrémités et peuvent survenir partout sur la peau. Leur évolution est plus rapide, leur surface plus ou moins verruqueuse, tandis que celle d'une tumeur à cellules basales est comparativement lisse. Les tumeurs à cellules basales ont un bourrelet périphérique et présentent souvent des nodules perlés. La guérison spontanée peut se faire partiellement, comme le montre la formation de cicatrices, ce qui n'arrive jamais dans les tumeurs à cellules épineuses. Les deux variétés peuvent être ulcérées ou fongueuses, tout dépend de la résistance des tissus sous-jacents. Les tumeurs à cellules basales ne font jamais de métastases, à moins qu'elles ne se changent en tumeurs à cellules épineuses, et alors la métastase se produit. Dans la forme à cellules cuboïdes provenant de l'épithélium transitoire situé entre les cellules basales et les épineuses du rete, qui ressemble microscopiquement au groupe basal, les métastases sont fréquentes. Les cancers à cellules épineuses font presque toujours des métastases vers les lymphatiques de la région, mais il faut que la tumeur existe depuis longtemps. En dehors de l'examen microscopique, la rapidité du développement est importante au point de vue du diagnostic, les tumeurs à cellules basales croissant d'ordinaire avec lenteur. Leur pronostic est aussi moins sombre. Elles ne tuent que par érosion d'un gros vaisseau ou après envahissement des méninges. Les métastases des cancers à cellules épineuses tuent directement. Le traitement par les rayons X sera réservé aux cas inopérables, aux tumeurs de la paupière et de l'oreille. Toutes les autres seront enlevées au cautère actuel ou au cautère avec cautérisation consécutive des bords. L'ablation sera aussi complète que possible. On enlèvera les ganglions, sans toucher aux lymphatiques.

J. MÉNEAU.

Cas d'épithélioma de la cuisse droite (Case of epithelioma of the

right thigh), par GRAHAM LITTLE, *Proceedings of the Royal society of medicine Dermatological section*, avril 1945, p. 434.

Femme de 64 ans. Ulcus rodens. Siège rare, cas l'auteur n'en a trouvé cité dans la littérature qu'un autre cas au même point. Pas de bord dur, surface rouge rectiligne rappelant l'aspect d'une tomate coupée par le travers avec flots disséminés d'épidermisation, ce qui a été regardé par l'école française comme caractéristique de la maladie de Paget. La femme aurait eu à ce niveau un cancer pigmenté depuis sa naissance, excorié depuis 3 ans seulement et l'ulcération qui atteint actuellement 2 pouces un sur un pouce 1/2 se serait lentement développée en partant de ce centre. Ablation de toute la région malade. Le microscope a confirmé le diagnostic d'ulcus rodens.

J. MÉNEAU.

Erythème.

Erythème noueux et tuberculose larvée, par LABOUGLE et BROQUIN-LACOMBE. *Bulletin de la Société de médecine militaire française*, 18 juin 1914, p. 423.

Soldat, entré à l'hôpital pour lassitude générale, céphalalgie, râles muqueux à la base du poumon gauche. T. 38,5. Au bout de 4 jours, érythème noueux aux deux membres inférieurs. A la suite, inspiration rude et expiration soufflante au sommet du poumon gauche, amaigrissement, facies altéré. L'inoculation du sang au cobaye amena un amaigrissement rapide et la mort par cachexie, mais autopsie ne fut pas faite.

G. THIBIERGE.

Erythème polymorphe à début méningé, par N. FIESSINGER et FRANÇOIS. *Réunion médicale de la VI^e armée*, 17 mai 1915. *Presse médicale*, 24 juin 1915, p. 225.

Au début de ce cas, il y eut pendant 24 heures la symptomatologie au complet d'un syndrome méningé, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ce syndrome s'effaça en même temps qu'évoluaient un érythème polymorphe à poussées successives accompagnées d'hyperthermie. Au premier abord, on pouvait se croire en présence du début d'une méningite aiguë.

G. THIBIERGE.

Externe (Dermatoses de cause).

La vanille — irritant de la peau (Vanilla as a skin irritant), par LEGGETT. *British medical Journal*, 20 juin 1914, p. 1354.

Observation d'une éruption artificielle consécutive à une lotion avec une teinture de vanille. L'éruption était caractérisée à la figure par de la rougeur et un œdème considérable accompagnés de prurit, aux bras par une éruption papuleuse qui a persisté pendant 15 jours.

S. FERNET.

Dermatite due aux graines de coton (Cotton-seed dermatitis), par NIXON. *Proceedings of the Royal society of medicine, Dermatological Section*, avril 1915, p. 112.

Ouvrier employé aux docks de Bristol, âgé de 42 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Engagé au déchargement de graines de coton en grenier, depuis trois jours, il ressentit de l'irritation au cou et aux bras. L'irritation augmenta la nuit suivante par la chaleur du lit. Vers le soir, apparut une

série de taches rouges, grandes comme des piqûres de moustiques, au siège de l'irritation. Quelques taches se surmontèrent de vésicules qui crevèrent en laissant suinter un liquide aqueux. Le contact avec la graine est nécessaire. L'éruption dure 8 jours, si le travail au coton n'est pas repris. Les parties couvertes sont respectées. Le coton d'Alexandrie est seul nocif, bien qu'en sacs il soit inoffensif. Sur 50 hommes employés au déchargement, 2/3 avaient été atteints. L'éruption consistait en papules urticariennes disséminées sur le cou et les avant-bras avec quelques papules sur les jambes. Chaque papule était de couleur rosée, dure, élevée, grosse comme un pois. Dans son ensemble, l'éruption rappelait celle d'un lichen ortié de gravité moyenne chez un enfant. Pas de sillons de gale. L'examen microscopique des grains de coton montre que la poussière était infectée par un parasite vivant ressemblant étroitement au *Pediculus ventricosus* décrit par Stelwagon dans le prurit de l'orge (barbey-itch). J. MÉNEAU.

Sur la périonyxis professionnelle des décortiqueurs de légumes (Sobre la perionixis profesional de los decascarilladores de legumbres), par PETRI. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1913, p. 228.

F. 53 ans occupée depuis dix ans à écosser des haricots et des pois : son travail consiste à émonder avec le bord libre des deux pouces, soutenant le légume entre le pouce et le médium ; les ongles de l'index et du médium y travaillent un peu aussi. Il faut souvent laver l'espace sous-unguéal, un peu de péricarpe venant s'engager dans le lit ou la rainure de l'ongle. Au bout de deux ans de ce travail, elle commença à ressentir la journée finie, une douleur dans les deux pouces, qui durait 2 à 3 heures, irradiait dans les avant-bras. D'intermittentes, elles devinrent continues, obligeant la malade à cesser le travail pendant quelques jours après lesquels elle se reposait ; puis les espaces périunguéaux se gonflèrent, devinrent rouges, douloureux, la névralgie s'étendit aux médiums. Les restes du péricarpe adhérents causaient de la suppuration ; les ongles se détachèrent en partie, en s'exfoliant, le lit unguéal enflammé soulevait l'ongle. Les douleurs s'étendirent à tout l'avant-bras, sur le trajet du radial et du médian. La cause supprimée, les élancements et les suppurations disparurent, mais les troubles trophiques persistèrent, l'onychotrophie alternant avec la pachyonyxie. Les pressions permanentes, les petits traumatismes répétés ont intéressé la matière et le lit de l'ongle, compromis la fonction onychogénique et produit la désintégration foliacée de l'ongle. Amélioration par les applications de neige carbonique. J. MÉNEAU.

Favus.

Cas de favus de la peau glabre (Case of favus of glabrous skin). par PORE. *Proceedings of the Royal society of medicine, Dermatological Section*, mars 1915, p. 97.

Fillette âgée de 10 ans et demi, présentant deux plaques ovales érythémateuses, légèrement squameuses sur le menton et le côté droit du cou près de l'angle de la mâchoire. Lésion semblable près de l'angle de la mâchoire. Au début, les plaques ne pouvaient être différenciées de la trichophytie circinée que par l'existence d'un godet favique typique au centre de la lésion du menton. Cultures d'achorion. Il y avait des souris

dans la maison. L'enfant était anglaise et n'avait jamais quitté le pays pas plus que sa mère. L'espèce de l'achorion en cause n'a pas pu être bien déterminée.

J. MÉNEAU.

Furonculose.

Cause et traitement préventif de la pyorrhée alvéolaire et de la furonculose (Cause and prevention of pyorrhea alveolaris and furunculosis), par TWEDDELL. *Medical Record*, 4 juillet 1914, p. 16.

T. pense que la facilité avec laquelle se produisent les suppurations chez certains sujets tient à un défaut de soufre dans l'organisme. Il a expérimenté l'emploi du soufre sous forme d'acide sulfurique administré à l'intérieur à raison de 30 à 60 gouttes par jour dans un peu d'eau et a obtenu des résultats surprenants dans la pyorrhée alvéolaire (guérison en 24 heures), dans la furonculose, dans l'acné rosacée, etc. S. FERNET.

Furonculose et vaccins staphylococciques (Furunculosis y vaccinar estafolocóicas), par GIMENO. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1915, p. 197.

Chez une femme de 40 ans, atteinte de furonculose généralisée avec auto-inoculations successives, G. a injecté une première fois du vaccin polyvalent à la dose de 1 centimètre cube avec 500 millions de staphylocoques. Nouvelle injection semblable 8 jours après. Puis aux mêmes intervalles, il injecte successivement 3 fois 1 centimètre cube de sérum polyvalent avec un million de staphylocoques. Guérison à la 5^e injection — le traitement n'a présenté aucun inconvénient. G. croit donc qu'on peut de beaucoup augmenter les doses minuscules actuellement employées et quand les symptômes cliniques le permettent rapprocher beaucoup les injections. Le sérum polyvalent lui a paru préférable au sérum préparé avec le staphylocoque doré pur, le furoncle étant souvent dû à plusieurs éléments du groupe des staphylocoques. J. MÉNEAU.

Gale.

Dermatite parakératosique d'origine parasitaire (gale de Norwège) (Dermatitis parakeratosica de origen parasitario), par HARGÜERA. *Sociedad Dermatologica argentina*, 1914, tome II, n° 5, p. 90.

Une lavandière, âgée de 48 ans, tuberculeuse et paralégique, depuis 1 an et demi, a été primitivement atteinte d'une éruption papuleuse accompagnée de prurit intense localisé au poignet et au cou-de-pied. Lors de l'aggravation de l'état général, l'éruption s'étendit et le prurit devint tel que que la malade se grattait continuellement. Toute la figure était envahie, couverte d'une croûte épaisse et dure de couleur jaunâtre, sauf les lèvres et la mâchoire inférieure qui sont indemnes. La plaie de toute la région affectée est rugueuse, dure et rude au toucher, couverte de formations cornées, squameuses, sillonnées de crevasses profondes. L'éruption a envahi le cuir chevelu, les cheveux ne sont pas tombés, mais la malade a perdu presque tous ses cils. Les paupières sont couvertes de croûtes cornées, épaisses, les yeux ne peuvent s'ouvrir qu'à demi. Les joues, les membres, sont atteints de même. Au poignet, sur la face dorsale des mains, la peau est aussi rude que celle d'un requin. Les espaces interdig-

taux sont creusés de crevasses profondes; aux pieds, mêmes crevasses et croûtes desquamant par grands lambeaux. Le membre inférieur a un aspect presque éléphantiasique. Le dos du pied et le cou-de-pied sont les plus atteints. Au tronc et sur l'abdomen où les lésions sont plus discrètes, l'éruption, outre les traces de grattage, présente de petites papules transformées par endroits en pustulettes — mort le 20^e jour après l'entrée à l'hôpital. L'examen microscopique de la peau démontre des lésions d'inflammation chronique; mais dans le réseau de Malpighi, on trouva des sarcoptes de la gale. Tout l'épiderme était infiltré de matières fécales et d'œufs de parasites, avec sillons. H. conclut à une gale à marche atypique, ayant envahi des régions généralement respectées par suite du milieu favorable au développement du parasite (saleté, misère, tuberculose). L'évolution ne demanda qu'un an.

J. MÉNEAU.

Insolation.

De l'insolation, par W. DUBREUILH. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 9 janvier 1914.

Les méfaits du soleil, quoique bien moindres que ses bienfaits, sont pourtant réels. Les trois ordres de rayons, calorifiques, chimiques, röntgériens, produisent des accidents aigus et chroniques, mais avec les ondes plus courtes les accidents deviennent plus graves et leur période de latence plus longue; avec les rayons calorifiques, la sensation de brûlure est instantanée, l'érythème et la nécrose quand elle se produit surviennent immédiatement.

Les rayons chimiques ne sont pas sentis sur le moment, la douleur et l'érythème n'apparaissent que plus tardivement. La radiodermite aiguë est encore plus tardive. Quant aux accidents de l'insolation chronique ils se ramènent à la formation de la kératose sénile, prélude d'épithéliomatose. Les pigmentations de la peau modifient considérablement l'effet de l'insolation.

R. LUTEMBACHER.

Leishmaniose.

Leishmaniose tégumentaire au Brésil, par TERRA. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, 1913, nos 2 et 3, p. 58.

La leishmaniose du Brésil ne borne le plus souvent ses méfaits qu'au tégument cutané, mais elle montre une prédilection spéciale pour certaines muqueuses. Elle a longtemps été prise pour du lupus. Suivant les pays où elle sévit, elle prend les noms de bouton du Nil, d'Amboine, clou de Biskra, bouton d'un an, des dattes, etc.

La leishmaniose est une maladie causée par la leishmania furunculeuse, le parasite de Wright, qui peut borner son action aux téguments, peau et muqueuses (L. tégumentaire) ou se localiser dans la rate (L. viscérale, Kala-azar).

Le protozoaire se présente sur frottis sous la forme de corps ronds ou ovalaires de 2 à 4 μ de long, sur 1,5 à 2 μ de large, avec un protoplasma de structure alvéolaire. On y voit deux noyaux, l'un rond, l'autre allongé. Le parasite pousse bien sur sang de lapin-agar, mais lentement. T. de 20 à 23°, au début, on voit surtout dans les cultures des formes ovoïdes et

plus tard les formes rondes et allongées pourvues de flagelles. Arrivé au bout de son évolution, il prend une forme très allongée, aplatie ; les extrémités sont minces, et de l'une d'elles part un filament, né d'un corpuscule basal qui s'attache au caryosome par le rhizoplaste. La leishmania furunculose est placée parmi les trypanosomidés. On a observé la leishmaniose spontanée du chien ; il peut y avoir transmission de cet animal à l'homme. Le mode de contagion n'est pas encore bien élucidé. Au Brésil, on attribue surtout le début des lésions aux piqûres de certaines mouches ou de carrapatos. L'âge de l'individu n'a aucune importance, pas plus que le sexe. Les laborieux, les ingénieurs, les travailleurs aux constructions de chemins de fer sont les plus exposés.

C'est une maladie des pays chauds, sévissant surtout au Brésil dans les départements de la zone équatoriale.

L'incubation a une durée moyenne de 15 à 18 jours. Le début est insidieux ; au point de pénétration du virus se montre une tache rouge suivie de la formation d'une papule avec prurit parfois intense, d'où lésion d'auto-inoculation autour de la première. L'infiltration augmente et, au bout de 2 ou 3 mois, il s'est formé un nodule surmonté d'une vésico-pustule et d'une croûte. La nécrobiose centrale et le durcissement du nodule donnent au tout l'aspect d'un furoncle. La perte de substance atteignant tout le contour du nodule, il en résulte une ulcération parfois étendue, à bords œdémateux rouge foncé, non décollés, arrondis ou ovalaires, à fond rouge, criblé de petites saillies, baigné par une sécrétion jaunâtre. Autour des ulcérations se produisent d'autres boutons qui s'ulcèrent à leur tour augmentent l'étendue de l'ulcère primitif. La phase ulcéreuse dure de plusieurs mois à 2 ans. La régression se fait par une lente cicatrisation. Elle peut se faire par îlots ou s'étendre du milieu vers la périphérie. La cicatrice, d'abord rose, plus tard foncée, bleuâtre, est finalement blanche, lisse, déprimée, indélébile. La maladie peut prendre une allure non ulcéreuse d'où 2 variétés : nodulaire et papillomateuse. Dans la 1^{re}, il n'existe que de l'infiltration avec croûte cornée épaisse.

Dans la forme végétante, verruqueuse, les papilles exagérément développées forment des excroissances frambœsioides. Au bout de quelque temps, les papilles durcissent, se flétrissent et se résorbent, laissant une auge bleuâtre.

Les sièges de prédilection sont les parties découvertes, surtout les mains et la figure, où les lésions peuvent entraîner de grands délabrements, mais les os ne sont pas intéressés. Le nombre des lésions est généralement restreint. Le système ganglionnaire n'est pas atteint, même dans les formes graves.

La forme muqueuse, très fréquente, coïncide généralement avec la forme cutanée.

Muqueuse du nez. — Les lésions commencent à se développer sur le plancher des fosses nasales, à l'entrée des narines, sur la muqueuse de la cloison. Les tissus se gonflent, l'infiltration rétrécit le diamètre des fosses nasales d'où gêne respiratoire. La peau du lobule devient rouge, gonflée, les petits vaisseaux se dilatent, la tache se propageant aux ailes des narines et pommettes. Le tégument prend l'aspect d'une peau d'orange très mûre déjà flétrie. La lésion, gagnant en étendue et en profondeur,

aboutit à la destruction des parties molles. Le squelette n'est jamais atteint. Mêmes lésions sur la muqueuse des lèvres, qui peuvent s'ulcérer ou être détruites : réparation par cicatrice irrégulière avec rétrécissement des parties et graves troubles fonctionnels.

Voute palatine. — La surface est rouge, criblée de petites granulations, excoriée de profonds sillons. A la luette, le processus commence par la base qui se gonfle, par les piliers et les amygdales et se propage à la partie postérieure de la bouche et au larynx. Il peut en résulter la perte des piliers, des tonsilles et de la luette. Généralement, les muqueuses se prennent successivement, d'où la forme rhino-bucco-pharyngée (bouba brésilienne de Breda).

Histologie pathologique. — Les cellules de la couche épithéliale sont altérées, surtout au voisinage de l'ulcération, où elles ont perdu les prolongements intercellulaires. Beaucoup ont des parasites, on voit dans l'épithélium des amas de cellules migratrices, formant des abcès où on trouve parfois des parasites et des corpuscules perlés. Dans la couche papillaire, grande infiltration de cellules plasmatiques et de leucocytes. Pas de cellules géantes, on trouve les parasites dans les cellules conjonctives et migratrices, et dans celles de l'endothélium capillaire. Il y a aussi des kystes en nombre variable. Dans les lésions anciennes, il y a de nombreuses cellules plasmatiques, des fibroblastes et une abondante néoformation vasculaire, et au milieu des tissus, des débris d'épithélium provenant probablement des glandes sudoripares.

Marche, durée, terminaison. — La cicatrisation dans la forme cutanée peut durer plus d'un an. Dans la forme rhino-bucco-pharyngée, la maladie peut durer 10 à 12 ans.

Si les lésions se localisent exclusivement sur le tégument cutané le pronostic est favorable, bien que le malade puisse être gêné dans son travail, mais la forme muqueuse est beaucoup plus grave; au bout de quelques années, la mort arrive par asphyxie ou par infections secondaires. La maladie peut cependant encore durer de 8 à 10 ans.

Diagnostic. — La leishmaniose tégumentaire peut se confondre avec une syphilis avancée. On tiendra compte des commémoratifs, de la réaction de Wassermann. Les ulcérations ne se montrent pas de préférence aux extrémités et montrent de la prédilection pour les os. On diagnostiquera la tuberculose par l'aspect des lésions, l'âge et l'état général du malade, la cuti-réaction à la tuberculine, la gravité des lésions muqueuses de la tuberculose.

La bouba ou pian se distingue aisément; la confusion n'est possible que dans la forme papillomateuse. Le cadre général, l'absence des lésions sur les muqueuses, la rencontre du *treponema* persistant presque constant, trancheraient tous les doutes.

Blastomycose. — La lésion débute en général par les commissures des lèvres et se propage à la peau. L'ulcération n'entame pas profondément les tissus, la surface est finement granuleuse, et couverte de minuscules abcès. Les ganglions voisins sont pris de suite; la cachexie survient au bout de quelques mois, avant la mort. La recherche du *blastomyces* dans les frottis d'ulcères et de ganglions lèvera tous les doutes.

Sporotrichose. — Localisation exceptionnelle sur les muqueuses. Forme

nodulaire des lésions. Disposition linéaire, caractéristique. Cultures sur milieu de Sabouraud.

Traitement. — Forme cutané-muqueuse : solution de permanganate de potasse, compresses, de sublimé, bleu de méthylène, badigeonnage de teinture d'iode. Pommades de salicylate de méthyle et d'argyrol. — Comme traitement général :

Vaccinothérapie.

Tartre stibié en solution à 4 pour 100 dans le sérum physiologique, en filtrer sur bougie de Berkfeld à froid. Injecter 5 centimètres cubes de solution dans la veine du pli du coude de 5 en 5 jours.

Les lésions muqueuses sont plus rebelles : mais bons résultats dans la forme cutanée.

J. MENEAU.

Quelques formes de leishmaniose furunculose (Algunas formas de leishmanias), par VIANNA. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 25 novembre 1913, p. 88.

V. a trouvé dans les frottis des ulcères cutanés d'un malade toutes les phases de divisions binaires des parasites qui portaient des rhizoplastes : on y voyait également des formes dégénérées, quelques-unes avec débris nucléaires et blépharoplastiques, et d'autres seulement des débris de rhizoplastes. Sur les coupes des lésions de la muqueuse nasale d'un chien, il a trouvé la leishmania dans les fibres lisses d'une artériole, sans que le processus eût intéressé le vaisseau (type musculaire).

J. MENEAU.

Cas de leishmaniose (Caso de leishmaniose), par WERNCKE MACHADO. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, nos 2 et 3, 1913, p. 86.

M. vante l'usage interne de l'ichthyol et de la quinine dans un cas de leishmaniose des muqueuses. Il s'agissait d'ulcérations de la lèvre supérieure et des ailes des narines, suivies de grandes infiltrations des tissus. Après le traitement, tous les accidents ont disparu.

J. MENEAU.

Leishmaniose tégumentaire à forme verruqueuse (Leishmaniose papillomatosa), par RABELLO. *Société brésilienne de Dermatologie*, séance du 21 avril 1914.

Cette forme est rare au Brésil. Il s'agit d'un laboureur de 34 ans, qui présente des ulcères couverts de végétations papillomateuses sur les lèvres et à l'ouverture des fosses nasales. Sur les membres, aux parties exposées, existent des plaques papillomateuses, couvertes de croûtes brunes. Sur la muqueuse palatine, la luette et les amygdales, on voit des granulations roses, plus ou moins disséminées.

J. MENEAU.

Trois cas de leishmaniose cutanée (bouton d'Orient) (Tres casos de leishmaniosis cutânea [botón de Oriente]), par F. MARTINEZ. *La prensa medica*, 15 juin 1915, p. 59.

Ces cas concernent un petit garçon de 16 mois et deux petites filles de 4 ans, n'ayant jamais quitté les environs de leur village. Le bouton occupe la région malaire gauche et le sillon oculo-nasal droit. Cette affection, assez fréquente dans la province de Grenade, est appelée par les indigènes *pupa viva* (pustule vive).

J. MENEAU.

Leishmaniose de la muqueuse nasale (Leishmaniose da mucosa

nasal), par MARINHO. *Société brésilienne de Dermatologie*, séance du 28 septembre 1914.

Métisse brésilienne de 13 ans. Début par un écoulement nasal séro-purulent. Ulcération baignée de pus épais sur la cloison nasale, et sur la partie antérieure du plancher de la fosse droite et le voile du palais. Rien à la peau. Ce cas montre que la leishmaniose peut exister primitivement sur la muqueuse et rester unilatérale.

J. MÉNEAU.

De l'envahissement des voies lymphatiques par les parasites des leishmanioses cutanées, par JEANSELME et LANGERON. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juillet 1914, p. 92.

Les lymphangites sont très fréquentes dans les diverses leishmanioses, quelle que soit leur origine, quoique la plupart des auteurs les passent sous silence. Elles sont souvent multiples; elles peuvent être franches, s'accompagner d'accès fébriles et de douleurs assez vives, mais ces épisodes aigus sont rares et passagers; le plus souvent, la lymphangite est subaiguë ou torpide. Elle se traduit par des nodules disposés en série linéaire le long des voies lymphatiques, augmentant graduellement de volume jusqu'à celui d'un noyau de cerise ou d'une noisette, devenant après un temps variable rosés et douloureux, renfermant souvent du liquide avant d'être nettement fluctuants; quelques-uns s'ouvrent spontanément, laissant écouler une sérosité louche et gommeuse.

L'examen du contenu des nodules ne permet pas de constater la présence de leishmanioses; mais les cultures sont positives; l'inoculation aux singes est cependant restée négative.

G. THIBIERGE.

Lèpre.

Sur l'histologie de la lèpre (Zur Histologie der Lepra), par W. KEDROWSKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 267.

Observation d'une lèpre maculo-anesthésique en somme bien caractérisée au point de vue clinique. L'anomalie résidait en ceci que les lésions histologiques présentaient un aspect tuberculoïde extrêmement marqué par l'abondance de cellules géantes, la disposition nodulaire, l'isolement de ces nodules, la rareté des bacilles, etc.

K. rappelle un certain nombre d'examen qui ont montré que ces formations tuberculoïdes dans les lésions cutanées de la lèpre ne sont pas aussi rares qu'on l'avait dit autrefois.

Il discute l'opinion de Lie qui admet la possibilité d'une symbiose tuberculo-lépreuse et fait observer que cette opinion a besoin de preuves expérimentales qui sont possibles, mais n'ont pas été données. Ch. AUDRY.

Le salvarsan dans la lèpre; influence sur la réaction de Wassermann dans cette maladie (El salvarsan en la lepra; influencia sobre el Wassermann en esta enfermedad), par PEYRI. *Actas dermo sifilográficas*, juin-juillet 1912, p. 307.

A propos de 49 cas de lèpre, P. conclut que : 1° le salvarsan n'est pas un agent curateur de cette maladie, mais que son emploi y est autorisé; 2° il modifie les lésions lépreuses plus manifestement que le chaulmoogra, l'antiléprol et le sérum de Carrasquilla et Lavourde (P. n'a pu se procurer de

nastine); 3° il modifie favorablement les formes tuberculeuses, surtout quand elles sont récentes, muqueuses et humides; 4° il ne faut pas l'employer dans la forme anesthésique, sauf dans les cas tout à fait récents qui n'ont pas dépassé la période maculeuse; 5° il améliore toujours l'état général; 6° il diminue la quantité des bacilles et les fait dégénérer; 7° il ne fait pas changer la réaction de Wassermann, au moins pendant l'année du traitement; 8° associé de temps en temps à l'huile de chaulmoogra, il constitue le meilleur moyen de lutter contre la lèpre.

J. MENEAU.

Leucémie cutanée.

Sur la leucémie de la peau (Ueber die Leukämie der Haut), par R. BERNHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 17.

7 observations inédites et personnelles, avec examen histologique (tumeurs leucémiques, érythrodermies, érythrodermie psoriasiforme, altérations du cuir chevelu et des ongles, troubles pigmentaires, etc.).

Conclusion : Parmi les altérations de la leucémie cutanée, peuvent figurer des formations papillomateuses, parfois épaisses et larges, d'un aspect chagriné, qui peuvent être disposées en îlots ronds, puis, réunis en groupes. Sur ces surfaces se développent des tumeurs qui ne doivent pas être confondues avec les tumeurs leucémiques habituelles. Elles surviennent habituellement sur des portions de tégument préalablement érythrodermiques; histologiquement, elles ne se distinguent pas essentiellement des tumeurs habituelles.

Il est très fréquent que l'érythrodermie leucémique affecte le type du prurigo de Hebra.

Souvent des plaques érythrodermiques localisées peuvent prendre un type psoriasiforme.

Qu'il s'agisse d'érythrodermie partielle ou totale, les altérations histologiques sont les mêmes, il n'y a pas de différence qualitative, mais seulement une différence quantitative.

On ne sait pas encore où placer le mycosis fongoïde, on sait seulement que c'est une maladie générale à part qui ne doit pas être confondue avec et dans les leucémies.

Ch. AUDRY.

Sur un cas de leucémie lymphatique chronique avec lymphadénie miliaire généralisée de la peau (Ein Fall von chronischer lymphatischer Leukämie mit generalisierter, miliarer Lymphadenia cutis), par WERTHER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 574.

Homme de 40 ans, sans antécédents personnels, malade depuis 2 années. Érythème squameux généralisé en partant des coudes. Épaississement et rougeur diffuse du tégument avec squames particulièrement épaisses sur les paumes et les plantes. Quelques petites bulles érodées sur le bord des pieds.

Partout, ganglions lymphatiques augmentés de volume et de nombre, tuméfaction de la rate et du foie. Au fur et à mesure que la maladie évolue, anémie portant sur les hématies qui tombent à 3300 000 pour 1 000 leucocytes dont 47 à 60 pour 100 de lymphocytes. En somme, formule sanguine de la leucémie lymphatique.

A l'examen microscopique de fragments de la peau érythrodermiques

(abdomen), on découvre une foule de petits noyaux de prolifération leucémique situés dans les couches inférieures du derme, dans la zone des vaisseaux sous-papillaires.

La durée d'évolution de la maladie fut de 3 ans. Les premiers signes d'affaiblissement n'apparurent qu'après 2 ans d'érythème. Pas d'autopsie. Le malade présentait des accidents de tuberculose pulmonaire, mais les lésions du poumon n'évoluèrent pas parallèlement à la dermatose, et W. attribue la cachexie principalement à l'énorme refroidissement consécutif à l'étendue de l'érythème, et aussi au développement d'altérations spécifiques dans la totalité des viscères.

Ch. AUDRY.

Lichen.

Sur le lichen scléreux des organes génitaux de la femme (Ueber Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien), par A. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, 1944, n° 21, p. 473.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte de lichen plan généralisé, avec lésions de la muqueuse buccale, et taches blanches, atrophiques ou érosives de la muqueuse vulvaire (grandes et petites lèvres).

Dans le second cas (femme de 50 ans), il n'existait de lésions que sur la vulve.

Histologiquement, on trouve les altérations habituelles du lichen plan scléreux.

Les localisations vulvaires du lichen plan doivent être rapprochées des localisations buccales; bien qu'il en ait été publié peu de cas, elles ne sont probablement pas très rares; 2 fois, on les a rapprochées du kraurosis vulvæ dont il faut les séparer.

Ch. AUDRY.

Lichen plan de Wilson; éléments circinés; résistance remarquable à la médication arsenicale (Liquen plano de Wilson; elementos circinados; resistencia notable a la medicación arsenical), par S. COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas*, octobre-novembre 1944, p. 33.

F. 29 ans, extrêmement nerveuse. Lichen plan typique ayant débuté il y a un mois par un violent prurit de l'abdomen. Au centre, l'éruption se groupe en anneaux, avec éléments circinés individualisés; à la poitrine, à la racine des bras et des cuisses, les éléments sont fusionnés (lichen annulaire). Traitement: 1° Liqueur de Fowler de V à XL gouttes progressivement; intolérance à cette dernière dose. 2° Injections tous les deux jours de 1 centimètre cube de liqueur de Fowler à 1/5, début d'intoxication arsenicale, recrudescence des symptômes antérieurs, apparition de nouveaux éléments typiques. 3° Injections intraveineuses de néosalvarsan, disparition complète de l'éruption au bout de la 5° injection. 5° Continuation du traitement arsenical par des injections quotidiennes de 0,05 de cacodylate de soude; à la 14° injection, nouvelle poussée sur la gencive supérieure gauche avec sensation de cuisson et chaleur et sur le ventre. Suspension à la 22° injection, en raison du peu de résultats obtenus. 6° Auto-hématothérapie. Amélioration à la 5° injection de 10 centimètres cubes du sang de la malade. Trois jours après la 7°, poussée de lichen zoniforme sur la face interne des bras et la région latéro-supérieure du thorax. 7° Reprise

de la liqueur de Fowler, nouvelle utilisation à la dose de XL gouttes, mais amélioration des lésions et du prurit. 8° Nouvelle série de 22 injections de cacodylate; nouvelle poussée à la partie supérieure des bras, du thorax et des cuisses avec prurit intense. 9° Arséniate de soude à l'intérieur 0,40/250, 2 cuillerées à café par jour. Aucun résultat. J. MÉNEAU.

Une variété clinique rare de lichen plan (Lichen planus hypertrophicus retiformis). An unusual clinical variety of lichen planus (Lichen planus hypertrophicus retiformis), par SUTTON. *The journal of the american medical association*, 20 mars 1945, p. 1063.

I. Chez un dessinateur de 27 ans, lichen hypertrophique de la cuisse, datant de un an. Les nodules sont réunis entre eux et les lésions satellites de la périphérie reliées par des bandes de tissu malade; le tissu intercalaire est normal. On eût dit des mailles de broderie à nœuds étroitement appliquées sur la peau.

II. Chez un cordonnier de 63 ans, lésions analogues des poignets et du dos des mains. Beaucoup de papules sont reliées aux lésions voisines par des bandes de peau épaisse, rouge ou à bords élevés, cornés dans les deux cas, aspect de mosaïque des plus nets. Peau saine dans les interstices. Microscopiquement, lichen plan hypertrophique typique. Amélioration manifeste par les injections intramusculaires de salicylate de mercure, des lotions à la calamine et des onctions avec une pommade contenant du précipité blanc, du phénol et du menthol. J. MÉNEAU.

Lichen scrofulosorum.

Cas de lichen scrofulosorum chez un adulte (Case of lichen Scrofulosorum in an adult). *Proceedings of the Royal Society of medicine Dermatological Section*, avril 1945, p. 124.

H. 48 ans, atteint en même temps de lupus du nez et de carie vertébrale. Plaques ovales formées de groupes de papules folliculaires rouge brun de la grandeur d'une tête d'épingle. Il y avait quatre plaques sur l'abdomen et deux sur le dos, chacune mesurant environ 4 pouce sur 1/2 et composée de 15 à 20 papules. J. MÉNEAU.

Rapports existant entre le lichen scrofulosorum et les altérations cutanées déterminées par les applications de pommade à la tuberculine (réaction de Moro) (Ueber die Beziehungen der nach Tuberkulinsalterseinreibungen (Moro) auftretenden Hautveränderungen zum Lichen scrofulosorum), par A. TSCHILIN-KARIAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1944, t. 120, p. 185.

T.-K. étudie la question de savoir si les altérations cutanées provoquées par les frictions avec la pommade à la tuberculine (réaction de Moro) répondent à une maladie particulière, ou si elles ne sont que des lésions de lichen scrofulosorum. Il s'arrête à cette dernière opinion.

Les altérations en question apparaissent chez des tuberculeux autour des orifices folliculaires et des excréteurs sudoripares et s'étendent par l'intermédiaire des dilatations lymphatiques.

Tantôt la formation histologique finit par réaliser tout à fait la structure typique du lichen des scrofuleux; tantôt cela ne va pas jusque-là. Le degré

plus ou moins tuberculoïde de la lésion est en rapport direct avec le temps écoulé depuis la friction tuberculinée, tout comme après la réaction intracutanée de Pirquet. Souvent, il n'existe que des infiltrations superficielles périvasculaires sanguines ; mais Klingmüller décrit un type de lichen scrofulosorum qui ne comporte pas d'autres lésions. Mais comme le lichen des scrofuloux occupe de vastes surfaces, il faut encore se demander avec Nobl si l'éruption en question n'est pas le résultat d'une provocation par la pommade à la tuberculine d'un lichen scrofulosorum préexistant mais resté à l'état de latence.

Ch. AUDRY.

Lupus érythémateux.

Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale (El lupus eritematoso de la mucosa bucal), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1914, p. 137.

Ayant eu à soigner en 3 ans 6 cas de lupus érythémateux de la muqueuse buccale sur 33 cas de cette maladie (18 pour 100), A. insiste sur la fréquence relative du lupus érythémateux de la muqueuse buccale, sa coexistence fréquente avec des plaques isolées, autonomes, indépendantes, des lésions discoïdes, et une forme de papillon de la peau de la face, du front et des oreilles ; souvent aussi il constitue la prolongation, la continuation de lésions étendues propagées de la peau voisine. Le lupus érythémateux primitif de la muqueuse buccale n'est pas un fait exceptionnel (6 pour 100). Cette localisation serait plus fréquente en Espagne que dans les autres pays. Elle est du reste peu connue en raison d'une indolence qui n'incite pas le médecin consulté pour une lésion cutanée à examiner la bouche de ses malades, ou qui fait porter à son sujet un diagnostic erroné (syphilis, etc.).

J. MENEAU.

Traitement du lupus érythémateux par le cyanure d'or et de potassium (Tratamiento del lupus eritematoso por el cianuro de oro y potasio), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, décembre 1913-janvier 1914, p. 67.

Ce travail repose sur l'observation personnelle de 12 malades. Les résultats ont été : 7 guérisons, 4 améliorations, 4 cas non modifié. Sur plus de 1000 injections, A. n'a vu survenir aucun accident imputable au traitement. Le cyanure est contre-indiqué chez les tuberculeux et les lupiques avec lésions pulmonaires quelque précoces et petites qu'elles soient. La dose moyenne est de 0,03 de cyanure par injection intraveineuse : à 0,04, il survient de l'intolérance. On peut commencer par 0,01 chez les dilatés avec mauvais état général. Le jour de l'injection, le malade reste confiné au lit (3 fois par semaine), il est soumis à un régime liquide (lait et bouillon). La solution de cyanure est de 1 pour 100 ; A. se sert de la seringue de Lemberg. Il croit éviter ainsi la réaction fébrile. Mais pour obtenir une vraie guérison durable, il faut au moins 20 injections : sur les 7 malades guéris, le nombre a varié de 62 à 22. Les lésions des muqueuses guérissent beaucoup plus vite que celles de la peau ; mais le lupus du bout du nez est particulièrement rebelle. Les malades vierges de tout traitement antérieur retirent un bénéfice plus rapide du traitement.

On peut joindre au cyanure, le chlorhydrate de quinine à l'intérieur, les

badigeonnages iodés, les scarifications, la neige carbonique, etc., à titre complémentaire, dans les cas particulièrement rebelles. A noter que la méthode n'a pas donné de guérison complète dans le traitement du lupus tuberculeux.

J. MÉNEAU.

Lupus tuberculeux.

Cas de lupus tuberculeux; traitement par l'héliothérapie et le cyanure d'or et de potassium (Caso de lupus tuberculoso; tratamiento por helioterapia y cianuro de oro y potasio), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1914, p. 293.

F. 26 ans. Vaste lupus tuberculeux de l'épaule et du bras gauche, du bras, de la main, du genou et de la jambe droites, datant de 10 ans, jamais traité. Extirpation de la plaque de la main, grattage des lésions de la jambe, du genou et du bras droits; héliothérapie et cyanure de potassium pour les plaques étendues du bras, de l'épaule et de l'omoplate gauches. 200 bains de soleil avec 198 heures d'exposition et 60 injections de cyanure d'or et de potassium (1,80 de médicament). Résultats extraordinaires; en 6 mois, guérison presque absolue des lésions.

J. MÉNEAU.

Traitement du lupus tuberculeux par l'opération de Payr modifiée: sa valeur et ses indications (Tratamiento del lupus tuberculoso, por la operación de Payr modificada: valor é indicaciones de la misma), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1913, n° 5, p. 231.

L'opération de Payr améliore les lésions et les met à même d'être radicalement guéries par d'autres moyens. Associée à la photothérapie et à la radiothérapie, c'est le traitement préparateur idéal. A. l'a modifié en faisant une incision circonférentielle autour de la plaque de lupus et à 4 centimètre de son bord, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire sain; il dissèque concentriquement la peau inscrite dans la coupe, comme pour l'enlever et la laisse adhérer en son centre aux tissus profonds par un étroit pédicule de 3 à 4 millimètres; il place une longue mèche de gaze iodoformée de 2 centimètres de large, enduite de pommade au baume du Pérou et au salol entre la face profonde de la plaque de lupus et la surface sanglante des tissus sous-jacents; la gaze se roule en spirale. Bandage légèrement compressif. Renouvellement quotidien du topique, nettoyage et enlèvement définitif de la gaze au bout de 24 jours, traitement compressif aseptique jusqu'à guérison définitive.

Cette méthode ne sera pas appliquée aux petits lupus que l'on peut extirper et suturer immédiatement ni aux trop grands dont le lambeau pourrait se mortifier pendant les 20 jours qu'il doit être séparé de sa base nutritive d'implantation. On le réservera aux cas intermédiaires. La méthode est curative, mais laisse les malades défigurés, ce qui est à considérer pour le lupus de la face.

J. MÉNEAU.

Opération de Payr dans le lupus tuberculeux (présentation de cas cliniques) (Operación de Payr, en el lupus tuberculoso [presentación de casos clínicos]), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1914, p. 300.

A. présente 3 malades guéries par le procédé qu'il a décrit dans un

précédent travail paru l'année précédente dans la même revue. Il montre que les lésions restent circonscrites, renfermées dans le lambeau opératoire, sans propagation au delà de la barrière cicatricielle de nouvelle formation, que les petites lésions sont complètement guéries, l'infiltration considérablement réduite. L'opération, utile pour les cas où elle est indiquée, guérit les lésions complètement ou les améliore extraordinairement, en facilitant l'action curative complémentaire des autres traitements (héliothérapie, photothérapie, radiothérapie, cyanure d'or, etc.); les résultats anti-esthétiques du début sont grandement corrigés par l'action du temps.

J. MENEAU.

Traitement des lupus tuberculeux, érythémateux et de la syphilis par le cyanure d'or et de potassium (Tratamiento del lupus tuberculoso, del eritematoso y de la sífilis por el cianuro de oro y potasio), par J. de AZÚA. *Revista clínica de Madrid*, 15 octobre 1914, 30 octobre 1914 et 15 novembre 1914, t. XII, n° 19, 20 et 21, p. 221, 273 et 306.

Conscientieux et volumineux travail à lire dans l'original. On peut en conclure que : 1° le cyanure d'or et de potassium de Merck se dissout parfaitement dans l'eau distillée et le sérum. Pour s'en servir, le mieux est d'employer des ampoules jaunes qui peuvent contenir de 1 à 5 centigrammes par centimètre cube d'eau distillée et qui servent tantôt à préparer les solutions avec une plus grande quantité de véhicule, tantôt pour les injecter avec la petite seringue de Luer. Déposées hors des verres, ces solutions sont très douloureuses, produisent de l'inflammation et même des eschares, suivant leur degré de concentration. Bien injectées dans les cuisses, elles ne produisent aucun trouble. 2° Les doses employées par A. ont varié de 0,10 milligrammes à huit centigrammes. On ne doit jamais dépasser, même chez les adultes vigoureux, trois centigrammes comme dans le début et cinq, au maximum. Chez les enfants au-dessous de 10 ans, la dose initiale peut être de cinq milligrammes à 0,01 et la dose maxima, avec observation, de trois centigrammes. 3° Les injections, quand elles sont bien supportées, doivent être espacées de 3 à 4 jours, car l'action du cyanure d'or et de potassium passe vite, mais quand apparaissent des phénomènes d'intolérance, les intervalles seront augmentés ou les injections supprimées, suivant le cas. La pâleur, la perte des forces, l'endolorissement général exigent qu'on suspende la médication bien qu'elle n'ait rien d'alarmant jusqu'à disparition de ces symptômes qui sont médicinaux et disparaissent peu après qu'on a cessé la médication. 4° Pour traiter les lupus, le seul procédé est l'injection intraveineuse. On doit pour éviter tout accident s'assurer que l'injection n'entre que dans la veine. 5° Cependant la technique employée par A. pour le néosalvarsan, le cyanure peut se dissoudre dans 5 à 10 centimètres cubes d'eau distillée ou de sérum. 1 ou 2 centimètres cubes d'eau suffisent pour dissoudre 0,05, dose maxima. Cette concentration n'a aucun inconvénient sur l'action générale du cyanure. L'eau devra être de l'eau distillée atoxique et aseptique; le sérum devra être préparé avec de l'eau dans les mêmes conditions et stérilisé. Le sérum peut être de 6 à 7,50 pour 1000, préparé avec du chlorure de sodium très pur. 6° A. n'a jamais eu d'accident grave sur 434 injections, ni altérations rénales, ni dépression de la force du cœur. 7° On observe souvent

après l'injection de la fièvre, de la céphalalgie, et moins souvent des vomissements et de la diarrhée. La fièvre n'est pas constante et n'a pas de rapport avec la quantité et le nombre d'injections. Ce n'est qu'une fièvre de sérum, médicinale, si les liquides sont atoxiques et aseptiques. La fièvre dépend peut-être de l'entrée dans le sang des produits de désintégration des foyers morbides attaqués par le médicament. 8° Sauf la fièvre, les autres symptômes, céphalalgie, vomissements, diarrhée, nausées, pâleur, faiblesse, endolorissement général, colère, oppression thoracique, etc., sont des symptômes d'action cyanique et peut-être aussi de toxémie produite par les toxines bacillaires ou cellulaires des points malades. Le cyanure d'or et de potassium peut produire une certaine destruction des globules rouges, sans importance, par leur peu de durée et leur répartition facile au moment où cesse la médication. 9° Le cyanure d'or et de potassium engendre souvent une intense réaction fluxionnaire passagère dans les foyers lupiques malades, mais il peut aussi agir sur d'autres (hémoptysies) et faire apparaître de nouveaux éléments de tuberculides. 10° Dans la moitié des cas à peu près de lupus tuberculeux, le traitement par le cyanure d'or et de potassium a produit du soulagement sans arriver à la guérison complète. 11° Sur 7 cas de lupus érythémateux, l'A. obtient une brillante guérison dans un cas généralisé, une grande amélioration dans un cas très congestif à forme papillon et un soulagement très sensible chez une femme atteinte de lupus érythémateux fébrile. Rien dans les 4 autres. 12° Au résumé, le cyanure désinfiltre les tissus lupiques. Dans le lupus tuberculeux, il a été utile dans ceux du type papillomateux et dans les lupus plans infiltrés sans ulcération profonde. Dans le lupus érythémateux, les types très congestifs et aigus ont été bien influencés. 13° Le traitement des lupus par le cyanure d'or et de potassium est utile, surtout associé aux traitements déjà connus dont l'action paraît accrue. Employé seul, il n'a pas donné de guérison du lupus tuberculeux, mais une brillante dans un cas de lupus érythémateux généralisé aigu. A. croit que les lupus érythémateux justement congestifs (et tous les types aigus le sont) constituent la meilleure indication des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium.

J. MÉNEAU.

Lupus tuberculeux papillomateux végétant des mains (cas clinique) (Lupus tuberculoso papilomatoso vegetante de los manos — caso clinico), par PARDO REGIDOR, *Actas dermo-sifiliográficas*, octobre-novembre 1914, p. 20.

Polémique au sujet d'un malade présenté à la Société espagnole de Dermatologie par Azúa comme pyodermite chronique végétante papillomateuse en plaques avec réaction épithéliale kystique ou cornée. L'inoculation au lapin de produits de grattage profond de la lésion démontre la présence de bacilles de Koch typiques.

J. MÉNEAU.

Lymphadénie cutanée.

Un cas de lymphadénomatose cutanée aleucémique (Un caso de linfadenomatosis cutaneo aleucémica), par RAGUSIN. *Revista dermatológica de la Sociedad dermatológica argentina*, 1914, p. 102.

Un enfant de 4 ans et demi, né de parents sains et jusque-là bien por-

tant, a été atteint de tumeurs indolentes non inflammatoires de la grosseur d'une noix aux angles de la mâchoire inférieure et dans l'aîne droite, qui rétrocéderent; mais en même temps apparaissaient sur la ligne médiane du cuir chevelu à la hauteur de la suture interpariétale, une tumeur grosse comme une mandarine, puis une autre semblable dans l'aisselle droite, puis le cuir chevelu fut couvert de tumeurs variant du volume d'une noisette à celui d'une noix; au bout du mois, le crâne, la face sont couverts de tumeurs de volumes variables, sessiles, formant corps avec la peau, dures, indolores, à peau lisse, brillante, un peu rougeâtre. Les cheveux sont rares. Tumeurs au niveau des parotides, à la lèvre supérieure. Derrière les angles de la mâchoire inférieure, groupe de ganglions durs, indolents, peu adhérents à la peau, gênant la déglutition qui est douloureuse. Sur la poitrine, au coude droit, dans la région deltoïdienne gauche, et axillaire droite, tumeurs analogues donnant l'impression d'une pièce de monnaie incrustée dans la peau. Dans l'aisselle droite, tumeur grosse comme une noix, paraissant formée d'une agglomération de ganglions. Polyadénite inguinale. Toutes ces tumeurs sont indolentes sans ramollissement. Réaction de Wassermann négative. Pas d'altérations importantes dans l'équilibre leucocytaire du sang. — Mort six mois après. L'autopsie démontra: une adénomatose cutanée principalement du cuir chevelu, de la face et du cou. Ganglions adénomateux du cou, des aînes et du bord inférieur du pancréas. Diphtérie amygdalo-laryngo-trachéo-bronchique. Pleurésie fibreuse adénoïde gauche. Broncho-pneumonie gauche. Congestion hépatique intense avec dégénérescence graisseuse et tuméfaction trouble. Hypertrophie de la rate, néphrite parenchymateuse, congestion méningée et cérébrale, léger œdème sous-arachnoïdien. — Diagnostic clinique: lymphadénie aleucémique avec métastases cutanées à forme de tumeurs lymphadénomateuses.

J. MENEAU.

Maladie de Raynaud.

Maladie de Raynaud. Néphrite chronique et tuberculose, par Ch. ACHARD et S. ROUILLARD. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 juillet 1914.

A. et C. rapportent une observation dans laquelle le syndrome de Raynaud est apparu, comme c'est un fait assez fréquent, au cours d'une néphrite chronique. L'absence de tout commémoratif et de tout stigmate de syphilis et celle de la réaction de Wassermann permettent d'écarter la nature syphilitique de la lésion rénale. Par contre les antécédents et les constatations nécropsiques (tuberculose pulmonaire, intestinale et hépatique) montrent qu'il s'agissait d'une néphrite diffuse développée au cours d'une tuberculose à laquelle la malade a succombé.

P. GASTINEL.

Mélanodermie.

Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie, par J. BRAULT et J. MONTPELLIER. *La Province Médicale*, 11 avril 1914, p. 59.

Il existe chez les gens de couleur une pigmentation des muqueuses purement physiologique, absolument indépendante de la syphilis, de la pitiriasis, de la maladie d'Addison ou de toute autre affection. Le degré et

la fréquence de cette mélanodermie des muqueuses dépendent des caractères ethniques.

R.-J. WEISSENBACH.

Momies (Peau des —).

Sur l'anatomie microscopique de peaux d'hommes et d'animaux momifiés (mammouth, momies du Pérou et d'Égypte) (Zur Mikroskopischen Anatomie der ältesten Säugetier-und Menschenhaut (Mammut, ägyptische und peruanische Mumien), par J. HELLER. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1914, n° 46, p. 733.

Leydig avait, au dire de Möbius, constaté des noyaux sur des coupes de peau de mammouth. L'épiderme manquait tout à fait sur les pièces examinées par Salensky.

H. ne l'a pas retrouvé non plus; le tégument est représenté par des fibres conjonctives énormes, parsemées de lacunes, qui prenaient une coloration diffuse faible par l'orcéine acide, etc. On retrouvait des traces de petits vaisseaux reconnaissables à leur paroi, qui offraient encore des débris d'endothélium.

Sur une peau de momie péruvienne, H. ne vit pas grand'chose de plus; cependant des coupes d'autres pièces offraient encore une stratification en bandes parallèles où l'on pouvait discerner des faisceaux conjonctifs et du tissu élastique, et, plus profondément, des traces d'un pigment du tatouage.

Sur des momies égyptiennes, H. a distingué l'épithélium, les vaisseaux du derme, le pigment de la couche basale, les orifices du sudoripare. Les fibres élastiques prenaient encore l'orcéine acide.

Ch. AUDRY.

Monilethrix.

Monilethrix (aplasie moniliforme du cheveu) (Monilethrix (aplasia moniliforme del pelo), par J. de AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 420.

Trois observations. Deux concernant deux sœurs de 9 et 5 ans, atteintes congénitalement.

J. MÉNEAU.

Monilethrix (aplasie moniliforme du poil) (Monilethrix (aplasia moniliforme del pelo), par J. DE AZUA. *Revista clinica de Madrid*, 30 mars 1914, p. 214.

A. en a observé 3 cas: le premier chez une enfant de 2 ans, sans antécédents; née avec des cheveux un peu clairsemés, elle les perdit rapidement de 4 à 6 mois. Le cuir chevelu parut presque absolument alopécique, semé d'un nombre infini de petits grains noirs exactement répartis aux orifices des follicules pileux, donnant à la main une sensation de sécheresse et d'aspérité, ces points noirs sont formés: soit par des poils rompus au niveau de l'orifice folliculaire, soit, et c'est la majorité, par un poil replié plusieurs fois sur lui-même et moniliforme. Le diamètre des cheveux est plus grand que normalement. Leur fragilité était extrême; le moindre savonnage ou frottement, la moindre traction les cassait près du follicule. La cassure était nette ou en échelons, mais sans effilochage. Aucun cheveu n'était normal, mais aucun ne présentait de parasite. L'enfant ne présentait aucun indice d'aplasie des cils et sourcils, ni de kératose pileaire.

Les deux autres cas concernent deux sœurs âgées de 9 et 5 ans. Mère forte, bien constituée, à cheveux noirs abondants, sans kératose pileaire, mais aucun signe de sourcils. Elles naquirent avec un crâne en boule de billard, rude au toucher et plein de points noirs. Quelques rares cheveux, cassants, poussèrent du 4^e au 6^e mois. L'aînée commence à présenter de la kératose pileaire sur la face interne des bras. La plus jeune a des sourcils clairs, tardivement développés, mais ne présentant, pas plus que les cils, aucune altération. D'ordinaire, le fœtus naît avec un cuir chevelu normal, la maladie ne se développe qu'à partir du 3^e ou 4^e mois. Dans aucun de ces cas, A. n'a constaté d'état hyperhémique au début.

J. MENEAU.

Mycétome.

Sur le champignon parasite du mycétome à grains noirs du pied indigène (Sul fungo parasita di un « micetoma a grani neri » del piede nostrano), par A. PEPERE. *Lo Sperimentale*, septembre-octobre 1914, p. 531.

Ce long mémoire, accompagné de planches représentant les lésions macroscopiques et microscopiques et les cultures du parasite, est basé sur l'étude d'un cas de mycétome à grains noirs du pied, observé chez un homme de 33 ans né et ayant toujours demeuré dans la province de Cagliari : les lésions, qui dataient de 18 ans, ont nécessité l'amputation de la jambe.

Le parasite a été identifié avec le *monosporium apiospermum*, Sacc, mais il se distingue par plusieurs caractères de cet hyphomycète qui produit des mycoses blanches du pied et doit en être considéré, sous le nom de *monosporium sclerotiale* (seu *nigricans*), non comme une variété, mais comme une forme, un état spécial, dont les conditions causales ne peuvent être exactement fixées. P. en fait une étude très détaillée.

P. insiste sur ces points intéressants qu'un même champignon est capable sous ses diverses formes d'être un parasite de l'homme en provoquant des formes diverses (blanches et noires) de mycétome et que divers champignons donnent lieu à un même type de mycétome. G. TRIBIERGE.

Mycoses cutanées.

Sur les maladies mycosiques des mains et des pieds (Ueber Pilzkrankungen der Hände und Füße), par M. KAUFFMANN-WOLFF. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 385.

Après un résumé des travaux antérieurs, K.-W. donne une description de ces lésions d'après 25 cas personnels recueillis à Vienne, à Paris, et à Berlin.

La description qu'elle donne des formes vésiculeuses, pseudo-dyshydrosiques, est particulièrement intéressante. Les vésicules sont développées très profondément, isolées ou confluentes ; elles sont développées surtout dans les espaces interdigitaux. Les formes squameuses sont bien décrites ; les formes pyodermiques plus rares. Cependant les vésicules se troublent habituellement. Les champignons occupent d'habitude les couches superficielles de l'épiderme : les vésicules sont stériles.

17 fois sur 25, K.-W. a isolé des formes de trichophyton, mais on peut isoler aussi d'autres champignons ; il est parfois difficile d'interpréter cer-

tains cas; ainsi une observation où la mycose a paru secondaire à la dyshidrose.

Ch. AUDRY.

Fixation du complément dans les dermatoses parasitaires (Complement fixation in parasitic skin diseases), par KOLMER et STRICKLER. *The Journal of the American medical Association*, 6 mars 1945, p. 800.

Il résulte des expériences pratiquées par K. et S. que : 1° on obtient 78 pour 100 de réactions positives dans les teignes avec un antigène polyvalent de microsporon Audouini; 2° les sérums de deux sujets atteints de favus donnaient des réactions positives avec un antigène d'achorion Schönleini; 3° le degré de la réaction dépend du degré et de la durée de l'infection; 4° une culture de microsporon furfur, prise comme antigène, donne des résultats variables dans les mycoses et des résultats négatifs dans le pityriasis versicolor; 5° les anticorps des sujets teigneux fixent le mieux le complément avec leurs antigènes respectifs, mais cette spécificité s'atténue à mesure qu'on augmente les doses de sérum (phénomène dû très probablement à la relation biologique existant entre les agents pathogènes); 6° les antigènes des mycoses ne fixent pas le complément des sérums de sujets atteints de syphilis, de gale, d'impetigo, d'acné et de toute autre dermatose commune.

S. FERNET.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde de la peau et des organes internes (Mycosis fungoides der Haut und inneren Organe), par R. PALTAUF et L. v. ZUMBUSCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1944, t. 148, fasc. 2, p. 699.

Homme de 67 ans dont la maladie a débuté en 1901 par un exanthème eczématiforme. Mort en 1909, au stade de tumeurs ulcérées. A l'autopsie : noyaux mycosiques dans la plèvre médiastinale droite, dans le poumon; tumeurs dans la paroi de l'estomac; polyadénites dont quelques-unes ulcérées et ramollies, foyers dans la moelle osseuse. Description histologique de chacune de ces lésions (altérations vasculaires, etc.).

Il est impossible de se rallier à l'opinion de Ziegler considérant le mycosis fongoïde comme une maladie du système lymphatique.

Dans un second cas (une femme de 29 ans, malade depuis 1907, morte en janvier 1914 d'accidents septiques), on trouve comme lésions viscérales (outre les altérations osseuses; ganglionnaires) des lésions du foie et de la rate particulièrement importantes sous forme de nodules multipliés. Il existait aussi des localisations dans le poumon, dans le rein.

La structure des noyaux hépatiques, spléniques, osseux, était nettement mycosique. Le sang était resté normal chez les 2 malades en question.

P. et Z. rappellent les travaux antérieurs de Radaeli. Il est bien certain que les nodules ont une origine hématogène (foie, rate, etc.).

On ne peut considérer le mycosis fongoïde que comme une maladie générale, à lésions granulomateuses, ayant ses manifestations habituelles sur le tégument, des manifestations fréquentes sur les ganglions lymphatiques et les muqueuses, plus rarement sur le foie, les poumons, la rate, les reins, les os, les séreuses, le corps thyroïde, etc. Et ces altérations des viscères offrent exactement la même structure et les mêmes dégénérescences que les néoplasies cutanées.

Ch. AUDRY.

Nævi.

Cas de nævus linéaire (Case of nævus linearis), par DUDLEY CORBETT. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section*, mars 1915, p. 409.

Il s'agit d'un nævus occupant la face et le cou, linéaire sur le tronc et les membres, présentant une ligne verticale suivant presque exactement le milieu du corps de l'articulation sterno-claviculaire à la symphyse du pubis et continuant directement sur la face postérieure de la cuisse et du genou droits, suivant sur ce membre la ligne axiale du ventre. J. MÉNEAU.

Cas de nævus linéaire chez une mère et son enfant (Case of linear nævus in mother and child), par SAMUEL. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section*, avril 1915, p. 426.

F. mariée, 26 ans, ayant eu 2 enfants. Depuis un mois, apparition sur l'avant-bras et le cou de lésions ressemblant à des verrues plates qu'un examen attentif démontre être un nævus linéaire. Apparu à 16 ans sur la poitrine et l'aisselle, il ne se montre sur l'avant-bras et le cou que 10 ans plus tard. Son enfant âgé de 9 ans commençait à présenter un nævus semblable du même côté et aux mêmes points. J. MÉNEAU.

Neurofibromatose.

Deux cas de neurofibromatose familiale dont un avec cheiromégalie unilatérale, par ROUBINOVITCH et REGNAULT DE LA SOUDIERE. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1914, p. 327.

Femme de 34 ans, russe; début de la maladie à l'âge de 16 ans. Actuellement, asthénie, céphalée, pigmentation sous forme d'un nombre infini de taches café au lait ou brunes un peu plus foncées, sur la face, le tronc et les membres. Un assez grand nombre de tumeurs variant du volume d'un pois à celui d'une mandarine, sur le cuir chevelu, la face, le tronc, la vulve et les membres.

A eu 4 enfants, dont les 3 derniers sont bien portants.

L'aîné, un garçon de 15 ans, a des taches de coloration chamois au café au lait clair, occupant d'une façon diffuse le tronc, les membres, avec prédominance au cou et au dos; sur la région dorsale, 8 grandes taches pigmentées. Petite tumeur au niveau du rein. Crâne asymétrique avec saillie de la bosse frontale gauche. Main gauche très élargie. G. THIBERGE.

Sur la neuro-fibromatose cutanée (Beitrag zur Kasuistik und Kenntnis der multiplex Neurofibrome der Haut), par P.-H. SCHOONHEID. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 610.

S. donne une observation recueillie sur une femme de 34 ans, observation sans grand intérêt clinique. Dans son examen microscopique, S. relève comme particulièrement intéressant l'existence de nappes hémorragiques noyées dans l'épaisseur du tissu fibromateux.

Étudiant ensuite le mode de formation des neuro-fibromes, S. analyse particulièrement l'opinion de Verocay qui a cru en trouver l'origine dans une prolifération atypique, une gliose des cellules de la gaine de Schwann des filets nerveux. Mais dans les lésions cutanées, S. n'a rien trouvé qui lui permit d'adopter cette manière de voir.

Ch. AUDRY.

Nouveau-né (Dermatose du).

Sur la desquamation foliacée en grands lambeaux de nouveau-né (Sobre la descamación foliacea en grandes colgajos del recién nacido), par d'OVIDIO. *Revista dermatologica de la Sociedad dermatologica argentina*, 1914, p. 130.

Enfant de 3 jours né à terme de parents sains. A la naissance, la peau de la tête aux pieds formait une seule ampoule, comme si l'enfant avait été brûlé par de l'eau bouillante. Au 5^e jour, la peau crevassée se détache en vastes lambeaux, laissant à nu le nouvel épiderme sec, brillant, rouge vif. Le cuir chevelu est en grande partie recouvert, mais il présente aussi des crevasses où l'on voit les cheveux bien développés; il est de couleur jaunâtre et donne au toucher la sensation de parchemin. Ectropion palpébral. Tout le corps présente ces crevasses, cette desquamation. Les paumes sont macérées, mais les plantes sont normales. Deux jours après, tout l'épiderme de la face et du cuir chevelu est éliminé, l'épiderme neuf est lisse, sec, collant, usé. Sur le corps la desquamation est générale, les paumes seules restent en état de macération. La muqueuse buccale est normale, l'ectropion a disparu. Le 17 juillet, l'enfant est guéri. Le traitement a simplement consisté en application de poudre de talc et un bain quotidien.

Discutant le diagnostic avec la dermatite exfoliatrice, l'ichthyose fœtale atténuée de Hallopeau-Watelet, l'ichthyose sébacée, laminaire, l'auteur préfère donner à son cas la dénomination plus générale de desquamation foliacée en grands lambeaux du nouveau-né. Pas fréquente, cette maladie est constituée par une desquamation spéciale, que l'on ne rencontre dans aucune autre affection des nouveau-nés. Sa cause est inconnue, peut-être toxique, agissant dans les derniers jours de la vie fœtale; son évolution est bénigne et rapide, son traitement des plus simples. J. MÉNEAU.

Onychogryphose.

Cas d'onychogryphose (Caso de onychogryphose), par GAIS FILHO. *Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 28 septembre 1914.

Un laboureur brésilien âgé de 45 ans, ayant subi un traumatisme de l'avant-bras droit, présentait une myosite et ostéomyélite avec élimination d'une grande partie du radius. La main reste ankylosée avec les doigts en flexion. Les ongles ont pris des proportions extraordinaires et se sont recourbés formant des griffes. Dans l'impossibilité de travailler, le malade demande l'amputation. — Les os des avant-bras manquaient, les nerfs cubital et radial étaient fortement hypertrophiés, les muscles atrophiés. Pas de bacille de Hansen. J. MÉNEAU.

Parakératose.

Cas de parakeratosis variegata (Case of parakeratosis variegata), par BARBER. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section*, mars 1915, p. 104.

Femme 38 ans, n'ayant jamais rien eu à la peau jusqu'à l'an dernier. Vers la fin de juin, apparition de plaques rouges écailleuses sur les jambes, très prurigineuses. Amélioration en août par un séjour à la campagne. En

septembre, retour à la ville; la face, le cou, les bras se prennent comme les jambes. La chaleur, la transpiration aggravaient l'éruption. La santé générale était bonne. Sur les joues, l'éruption faisait penser à la combinaison d'un érythème avec une pigmentation exagérée. Ça et là, il y avait de petites plaques blanches ovales. Sur le front, l'érythème avait partiellement disparu, laissant des plaques irrégulières pigmentées, affectant une certaine disposition irrégulière. Sur le cou, on pensait à une parakeratosis variegata. Sur le devant des jambes, il y avait des grandes plaques érythémateuses un peu violacées; sur les mollets, on retrouvait l'aspect réticulaire associé et une pigmentation considérable. Léger rash dans la fosse antécubitale. Il s'agit d'un parapsoriasis de Brocq mixte et anormal.

J. MÉNEAU.

Parasites cutanés divers.

Aranéidisme. Scorpionidisme. Myriapodisme. Phtiriase pubienne par pediculi capitis. Taches bleues par pulex irritans. Creeping disease, par B. SOMMER et GRECO. *Rivista Dermatologica*, t. II, 1914, p. 5 (Société Dermatologique argentine), Buenos-Aires.

Série de petits mémoires écrits en français sur des sujets encore assez peu étudiés.

S. et G. étudient assez longuement les accidents causés par les morsures d'araignées. Comme espèces pathogènes, ils indiquent l'Ocypte Pythagorica, la Segestria florentina, la lycosa pampeana (tarentule), l'aranea audax, etc.

Les accidents cutanés sont habituellement constitués par des infiltrats inflammatoires superficiels congestifs, violacés et nécrosants, qui aboutissent parfois à des pertes de substances superficielles étendues. Ils s'accompagnent d'accidents généraux plus ou moins intenses, et dans quelques cas, de phénomènes exanthématiques à distance (érythème papuleux, etc.)

S. et B. résument les renseignements connus sur le venin des aranéides. Ils distinguent : un aranéidisme cutané-ictéro-hémolytique, aranéidisme exanthématique, aranéidisme neuro-myopathique. Ils décrivent ces diverses formes et rappellent que les cas de mort connus ne sont pas très rares.

Les autres notes dont l'intitulé a été reproduit n'exigent pas d'autre résumé. Toutefois, il y a lieu de signaler que S. et B. rapportent l'histoire d'un malade chez lequel ils virent des taches bleues succéder à des piqûres de puce vulgaire.

Ch. AUDRY.

Creeping disease (Larva migrans, myasis linearis), par SOMMER et GRECO. *Sociedad Dermatológica argentina*, 1914, n° 5, p. 87.

Fillette de 3 ans. Début du processus au second tiers supéro-interne de la cuisse gauche; la région fessière est couverte ainsi que la portion latéro-externe de l'abdomen. On voit une ligne en zig-zag de 1/2 à 1 millimètre de large, légèrement soulevée, de couleur rose très pâle avec teinte pigmentée café, couverte de petites croûtes gris-noirâtres. Sur le ventre, l'éruption se termine par un véritable relief urticarien d'un peu plus de 0,01 de large, rouge vif. Cette ligne se croise et s'entrecroise en donnant lieu à des figures polygonales variées. Prurit. En 2 jours, la ligne est

descendue de 30 centimètres du ventre sur la cuisse. S. et G. n'ont pu déterminer la larve qui a provoqué cette dermatose. J. MENEAU.

Pelade.

Pelade et syphilis (Pelada y sífilis), par A. VON NOTTHAFT. *Actas dermo-sifliográficas*, juin-juillet 1912, n° 3, p. 261.

Si l'on peut songer théoriquement, à l'heure actuelle, à une relation de cause à effet entre la syphilis et la pelade, on ne peut réellement la démontrer et, tant que nous n'aurons pas de preuve statistique, nous devons considérer cette relation de dépendance comme très improbable. On peut encore ajouter qu'on ne peut émettre le diagnostic d'étiologie syphilitique de la pelade avec un peu de certitude qu'en cas de résultat brillant par traitement mercuriel ou ioduré; les symptômes cliniques concomitants de syphilis ne démontrent qu'une chose, c'est que le malade souffre, outre sa pelade, de la syphilis, mais ils ne prouvent pas que la première soit due à la seconde. Ce raisonnement serait tout particulièrement applicable à une réaction de Wassermann positive, dont on exagère souvent beaucoup aujourd'hui la signification clinique. Car elle démontre seulement, comme tout autre symptôme syphilitique, la présence de la syphilis, mais elle ne prouve pas que la pelade soit syphilitique: parce qu'alors il faudrait attribuer aussi à la syphilis, une fracture de jambe ou un étranglement de hernie, par le seul fait que le sang donnerait une réaction positive. Actuellement, le résultat favorable du traitement mercuriel et ioduré est encore le meilleur argument pour diagnostiquer la syphilis; son insuccès est au contraire un argument sérieux contre ce diagnostic. J. MENEAU.

Pigment.

Sur le pigment mélanotique de l'épiderme (Ueber das melanotische Pigment der Epidermis), par KREIBICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 418, p. 837.

R. résume ses travaux sur l'origine du pigment cutané aux dépens des lipoides élaborées par les cellules épithéliales.

La pigmentation d'un épiderme achromique s'opère d'abord dans des mélanoblastes. Ces dernières sont caractérisées par la disparition de leurs filaments protoplasmiques, par leur protoplasma spongieux, leur forme ronde, ovoïde, ballonnée ou dendritique, la teneur en lipoides des cellules épithéliales voisines. Elles siègent habituellement, non exclusivement, dans la couche basale. Ce sont bien probablement des éléments d'origine épithéliale; il est probable aussi que toute cellule épithéliale peut se transformer en mélanoblaste: ainsi la cellule des carcinomes de Paget, celles des mélanocarcinomes qui se développent sur les nævi. Dans le pigment, il faut distinguer le composant pigmentaire du lipoïde, l'un ou l'autre prenant le pas, suivant les circonstances, et durant plus ou moins longtemps. Le lipoïde est biréfringent et sudanophile et le pigment n'est pas sudanophile. La pigmentation se fait en cristaalloïdes et en grains. Certains mélanoblastes (cellules de Paget, de nævus, de nævocarcinome) ne fabriquent ni pigment, ni lipoïde.

Le pigment de la rétine et celui des poils ont une origine lipoïde. La formation de lipoïde est une fonction protoplasmique. CH. AUDRY.

Prurit.

Un cas de prurit post-eczémateux guéri par la radiothérapie (Un caso de prurito post-eczematoso curado por radioterapia), par RATERA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 327.

F., 22 ans, à la suite d'un eczéma des membres supérieures dû au lavage, ayant envahi consécutivement les jarrets, l'épaule et la poitrine, prurit intense ayant résisté au traitement et localisé au précédent siège de l'eczéma. Radiothérapie à la dose de 2 H 1/2, une séance par semaine et par région. Disparition du prurit dans les 6 ou 7 jours qui suivirent l'application de l'irradiation après une seule séance, sauf pour l'épaule qui en demanda deux.

J. MÉNEAU.

Psoriasis.

Sur la morphologie et l'histologie du véritable psoriasis rupioïde (Ueber die Morphologie und Histologie der wahren Psoriasis rupioïdes, par K. VIGNOLO-LUTATI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 235.

A propos d'un cas personnel recueilli sur un enfant de 6 ans, et accompagné d'un examen histologique soigné, V.-L. observe que l'on ne doit pas confondre le psoriasis rupioïde avec les psoriasis exsudatifs, à croûtes accumulées, d'aspect plus ou moins ostréacé. Le vrai psoriasis rupioïde est purement psoriasique, squameux, indemne d'infection secondaire; la disposition rupioïde s'explique par la disposition folliculaire de l'élément éruptif, les squames s'amoncelant dans l'axe du follicule et du poil. Ch. AUDRY.

Sur l'étiologie du psoriasis (Zur Aetiologie der Psoriasis), par JAEINISCH. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 49, p. 962.

J. laisse de côté le côté de la théorie de Menzer qui ferait jouer un rôle aux bacilles tuberculeux dans la genèse du psoriasis; mais en ce qui touche la participation des staphylocoques, il prend le parti de Menzer contre Hübner, parce que dans un certain nombre de cas il a obtenu la guérison du psoriasis par la seule injection de vaccin staphylococcique. Ch. AUDRY.

Purpura.

Purpura récidivant orthostatique (Púrpura recidivante ortostática), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 207.

Une femme de 40 ans syphilitique est atteinte de cinq poussées de purpura avec adénie des membres inférieurs dans l'espace de 60 à 70 jours, l'obligeant à garder le lit. Le traitement spécifique n'ayant pas donné de résultat, le chlorure de calcium amena la guérison.

J. MÉNEAU.

Purpura ecchymotique de localisation peu fréquente. Cas clinique (Púrpura equimótica de localización poco frecuente. Caso clínico), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 187.

F., 26 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires. Il y a 4 mois, sans raison apparente, brusque apparition de taches ecchymotiques sur le front, la face, le cou, le thorax et les bras. En mars dernier, les hémorragies varient de couleur et de tons, comme des hémorragies intradermiques survenues à des dates rapprochées, mais distinctes; aucune n'est survenue

dans le tissu cellulaire. La forme est purement ecchymotique sans aucune pétéchie. On dirait que la malade a subi une série de traumatismes sur la face, le cou et la partie supérieure du corps. Les amygdales, volumineuses, sont rouge foncé, presque noires; les piliers et le voile sont normaux; ni douleur, ni adénopathie de voisinage. Quelques jours plus tard, petite poussée infradiaphragmatique: une lésion sur la jambe gauche et 4 sur l'abdomen et la région sacro-lombaire. L'analyse du sang confirme le diagnostic de purpura ecchymotique (maladie de Verlhoff) d'origine et de distribution nerveuse. A. discute et écarte les diagnostics d'érythème contusifforme et de dermite hystérique par simulation. J. MÉNEAU.

Pyodermite.

Pyodermite chronique [végétante papillomateuse avec réaction épithéliale kystique cornée de Azua] (Piodermitis crónica vegetante papilomatosa, con reacción epitelial quística córnea de Azúa), par LEDO. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 411.

Maçon, 52 ans, sans antécédents morbides. Sur le dos de la main droite, plaque papillomateuse végétante, ulcérée en certains points, bords surélevés, aspect cratériforme et fond aussi papillomateux, saignant ou laissant parfois écouler un exsudat purulent par de nombreux petits orifices. Guérison par les pansements humides au sublimé et les cautérisations ignées. L'examen histologique faisait d'abord croire à un épithéliome pavimenteux typique, mais le petit nombre de lobules épithéliaux unis par de longs pédicules étroits de cellules épithéliales, la forme rudimentaire des globes épidermiques sans éliéidisation, démontrent qu'il s'agissait d'un de ces pseudo-épithéliomes que Azúa a décrits et rangés parmi les lésions cutanées prolifératives du derme qui suscitent une réaction proliférative de l'épithélium. J. MÉNEAU.

Rayons X (Accidents causés par les).

Histoire d'une radiodermite chronique, par Ch. DUBOIS. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 janvier 1914.

D. rapporte l'histoire à la fois triste et glorieuse de M. H. Simon, radiographe à l'hôpital cantonal de Genève. Sa main gauche fut atteinte de radiodermite, passant successivement par un stade eczématiforme, scléro-ulcéreux, et épithéliomateux. Il fallut successivement faire l'amputation d'un doigt, puis de la main entière. Après quatre opérations la généralisation se produisit. M. H. Simon est mort le 6 décembre 1913 ayant supporté en héros toutes ces souffrances physiques et morales. R. LUTEMBACHIER.

Deux cas d'alopécie chez des enfants dus à des doses excessives de rayons X (Two cases of alopecia in children due to overdoses of X-rays), par STOWERS. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section*, avril 1915, p. 61.

Deux frères de 11 et 4 ans sont soumis aux rayons X pour une teigne tondante par un électricien non médecin Pastilles. Séances n'ayant pas excédé une heure. Dermite consécutive. Depuis 5 mois que le traitement est terminé, il reste de considérables plaques de calvitie sur le cuir chevelu de chaque enfant. S. croit qu'elles ne disparaîtront pas. J. MÉNEAU.

Sclérodermie.

Cas de sclérodermie atrophique généralisée avec sclérodactylie (Case of generalized atrophic sclerodermia with sclerodactylia), par PARKES WEBER. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section*, avril 1915, p. 126.

Juive 44 ans. Sclérodermie atrophique typique de la face, du cou et des mains. Celles-ci, plus atteintes, montrent une sclérodactylie atrophique grave arrivée à une période avancée. Des traumatismes légers provoquent sur les jointures des doigts des ulcères douloureux, guérissant difficilement. Les pieds commencent à se prendre. Elle souffre aussi parfois de douleurs dans les membres, qui l'empêchent de dormir. On ne sent pas le battement des pédiées; les pouls radiaux paraissent normaux. Une radiographie a montré des modifications atrophiques générales des os de la face et une atrophie considérable des os des doigts, surtout des phalanges terminales presque toutes raccourcies par la disparition de leurs extrémités. Réaction de Wassermann négative. La maladie au dire de la malade aurait commencé à 32 ans, après la naissance d'un enfant mort. Jamais de fausse couche. La sclérodactylie aurait été précédée d'œdème bleu. W. rapproche la sclérodactylie du pied du mal des tranchées des soldats de la guerre actuelle, malgré la différence des étiologies.

J. MÉNEAU.

Thérapeutique dermatologique.

L'autosérothérapie en dermatologie (The autoserum treatment in dermatology), par GOTTHEIL et SATENSTEIN. *Journal of the American medical Association*, 3 octobre 1914, p. 1190.

G. et S. ont pratiqué l'autosérothérapie avec beaucoup de succès dans douze cas de psoriasis, deux de radiodermite et des cas isolés de furonculose, d'acné, d'urticaire et de lichen plan. Ils préconisent la technique suivante : prélever 200 centimètres cubes de sang dans une veine, centrifuger, décanter et réinjecter le sérum dans une veine au plus tard une heure après le prélèvement du sang. Il n'existe aucune contre-indication à ces injections et elles ne provoquent aucune réaction générale. S. FERNET.

Sur l'emploi du mesothorium et du thorium X en dermatologie (Ueber die Verwendung von Mesothorium und von Thorium-X in der Dermatologie), par O. NÄGELI et M. JESSNER. *Therapeutische Monatshefte*, novembre 1913.

Après avoir indiqué les conditions techniques d'application, N. et J. font connaître que dans 71 cas de lupus les résultats obtenus ont été sensiblement comparables à ceux que fournissent les autres méthodes (photothérapie, rayons X, pommades). Le lupus érythémateux est très favorablement impressionné, sans qu'on puisse rien dire des résultats éloignés. Dans les angiomes ou tumeurs, le résultat a été variable, bien meilleurs dans les angiomes superficiels, peu satisfaisants dans les nævi pilaires et pigmentaires, très bons contre les épithéliums superficiels, contre le sycosis non parasitaire de la lèvre supérieure.

Ch. AUDRY.

Les nouvelles acquisitions en Röntgenthérapie et leur utilité en dermatothérapie (Die neuen Fortschritte in der Röntgentherapie und

ihre Bedeutung für die Dermatologie), par F. MEYER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, n° 3, p. 209.

Communication oratoire sur les moyens de mensuration, et en particulier sur l'utilisation des rayons X dans le traitement de l'hypertrichose en utilisant les recherches de Regaud et Nogier, et de Spider, sur le filtrage des rayons par l'aluminium. Ces auteurs ont montré que les rayons X ainsi filtrés avaient sur les bulbes pileux une action plus intense que sur l'épiderme même.

Il est probable que les rayons filtrés pourront rendre à l'avenir des services bien supérieurs à ceux qu'on pouvait attendre des anciennes méthodes.

Ch. AUDRY.

L'emploi de l'acide borique dans les maladies de la peau (The employment of boric acid in diseases of the skin), par DOUGLASS-W. MONTGOMERY. *The Journal of the American Medical Association*, 13 mars 1915, p. 883.

On n'emploie généralement l'acide borique en dermatologie qu'à titre d'adjuvant, aussi les traités de thérapeutique générale ou dermatologique ne lui accordent-ils pas l'importance qu'il mérite. Antiseptique doux, non irritant, il est indiqué dans les cas d'irritation de la peau, malgré son faible pouvoir antiseptique. L'eau pure en augmentant l'osmose de la couche papillaire de la peau peut avoir une action nocive dans les inflammations superficielles. En lui ajoutant de l'acide borique, on augmente sa tonicité et on empêche cette action nocive. La solution ainsi obtenue est surtout indiquée dans les inflammations catarrhales, quand la peau est privée de son revêtement corné épithélial et que la couche papillaire est mise à nu.

M. recommande les lotions boriées chaudes dans le traitement de l'acné à 3 pour 100. Le malade fera même bien de tremper la figure dans la solution, au besoin réchauffée, pendant dix à quinze minutes. Dans les infections cutanées pyogéniques, il sert surtout à titre d'adjuvant. Des pansements humides avec une gaze trempée dans de l'eau chaude saturée à 4 pour 100 d'acide borique sont indiqués dans le traitement du furoncle. M. vante le cataplasme fait avec un mélange de poudre boriée et de pâte d'amidon. Contre l'orgelet, M. prescrit les bains locaux deux fois par jour pendant une demi-heure avec une solution boriée chaude suivis d'application d'une pommade d'oxyde rouge à 4 pour 100. Un pansement local avec la solution boriée chaude, pendant 10 à 15 minutes, suivi d'application de pommade au calomel ou au xéroforme à 12 pour 100 débarrasse le patient de ces folliculites si désagréables de l'entrée du nez. Les cataplasmes boriés ont fait leurs preuves dans le traitement préparatoire de l'impétigo, pour déterger les croûtes. On le fait suivre de l'application de pommade à l'oxyde de zinc et au précipité blanc. Dans les infections pyogéniques, une solution saturée d'acide borique dans l'alcool dilué donne les meilleurs résultats. Même traitement pour la perlèche. M. emploie aussi l'acide borique en solution saturée combiné à la liqueur d'acétate d'alumine (10 de l'un pour 1 de l'autre), au début du panaris, en bain local chaud. Enfin il vante l'usage de l'acide borique comme désodorisant, antiseptique et adjuvant dans le traitement parfois si délicat de l'ulcère de jambe. La pommade boriée à 8 pour 100 fait bien dans les séborrhées. J. MENEAU.

Le cyanure d'or et potassium en dermatologie (El cianuro de oro y potasio en dermatologia), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas*, décembre 1913-janvier 1914, p. 57.

Pour C., le cyanure d'or et de potassium est un médicament précieux dans le traitement du lupus érythémateux; son action favorable dans de nombreux cas permet de le considérer comme un des meilleurs moyens que nous ayons pour traiter cette maladie.

J. MÉNEAU.

Traitement du psoriasis et de certains eczémats par les bains cadico-chrysophaniques (Tratamiento del psoriasis y de ciertos eczemas par los baños cádico-crisofánicos), par NONELL. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1912, p. 325.

Application de la méthode de Balzer. Disparition rapide du prurit, quand il existe, desquamation rapide des plaques dès les premiers bains, diminution de la rougeur. Résultats variables dans le psoriasis, suivant le degré d'infiltration des éléments, mais excellents dans les eczémats suintants et séborrhéiques, les psoriasis avec eczématisations variées. N. est d'avis d'étendre l'emploi de ces bains aux dermatoses de type aigu, qui demandent une action sédatrice et desséchante.

J. MÉNEAU.

Les pâtes de Dohi et Joseph en dermatologie (Las pastas de Dohi y Joseph en dermatologia), par SAINZ DE AJA et FORNS y CONTRERA. *Actas dermo-sifiliográficas*, décembre 1914-janvier 1915, p. 65.

La pâte de Dohi a pour formule: goudron de houille provenant de la fabrication du gaz, préalablement lavé, soufre précipité et lavé, oxyde de zinc à 10 grammes. Résorbine 30 grammes. Mélez pour faire une pâte fine et homogène. Dans les eczémats infectés, la guérison par cette pâte est extraordinairement rapide, si on a pris soin préalablement de les désinfecter par des fomentations bien faites. Dans les eczémats intertrigineux, elle diminue rapidement l'exsudation, l'état érosif, les crevasses du fond et la guérison est complète pour peu qu'on insiste. Dans les variétés séborrhéiques, la guérison est due à une action élective; c'est peut-être son indication principale, surtout dans la variété des plis. Dans les dermites eczémateuses de cause externe, elle guérit les poussées aussi bien que dans toute autre variété; elle ne prévient pas les récidives et chez les domestiques dont la dermite est due aux lavages, et en général dans les dermites professionnelles, elle n'empêche pas les récidives quand le malade reprend son travail, surtout trop prématurément. Dans les eczémats dus à une auto-intoxication d'origine intestinale ou rénale, où il faut avant tout un traitement causal interne, la pâte de Dohi guérit les lésions eczémateuses au fur et à mesure de leur production, mais elle ne guérit pas la maladie. Sur les surfaces eczémateuses traitées par la pâte, il reste d'ordinaire un état d'éréthisme avec ardeur persistante qu'on combatta par des moyens indifférents (pâtes de zinc, de Lassar, glycérolé d'amidon, etc.). C'est une des associations médicamenteuses du plus grand et du plus sûr effet dans le traitement des eczémats et eczématisations. Travail basé sur 26 observations personnelles.

J. MÉNEAU.

Trichophytie.

Trichophytie de la plante des pieds (Trichophicia das plantas dos

pe s), par RABELLO. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Séance du 24 décembre 1943, p. 88.

H., 22 ans, présentant à la plante des pieds une dermatose récidivante, constituée par de petites pustules, tantôt isolées, tantôt disposées en arc. L'ensemencement sur le milieu d'épreuve de Sabouraud fut suivi de la formation de colonies d'un trichophyton.

J. MÉNEAU.

Sur la trichophytie lichénoïde (à petites papules, épineuse) (Ueber lichenoid (kleinpapulöse, spinulöse) Trichophyton), par A. GUTH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 836.

En 1914, Jadassohn a indiqué l'existence d'une trichophytie lichénoïde.

G. revient sur cette question sous l'inspiration de Jadassohn; il a réuni 45 cas. C'est un exanthème qui n'existe qu'en cas de trichophytie profonde et surtout chez les enfants, principalement les garçons, habituellement porteurs de kérion de Celse. Il n'existe pas de symptômes subjectifs. L'éruption évolue lentement ou rapidement. Elle occupe surtout le dos, puis les extrémités. Les efflorescences sont disséminées ou groupées, sous forme de petites papules, parfois d'aspect folliculaire, d'un rouge pâle, très superficielles, plus ou moins acuminées, parfois pustuleuses, parfois lamelleuses.

On peut en distinguer un type épineux, un type plus ou moins semblable aux séborrhées des psoriasiformes. Il faut savoir le distinguer du lichen scrofulosorum, de l'eczéma séborrhéique, voire même du pityriasis rosé, de la keratosis spinulosa.

Histologiquement, la lésion est développée autour d'un follicule.

C'est là une lésion hématogène probablement; une seule fois, G. est parvenu à y découvrir un champignon.

Il est peu probable que les faits antérieurement décrits par Pellizzari soient exactement semblables, car celui-ci a cultivé sans difficulté du microsporon Audouini.

Avec des applications de pommade à la trichophytine, on peut obtenir des formations semblables. Peut-être s'agit-il d'accidents trahissant une hypersensibilité à la trichophytine, puisqu'il s'agit toujours de complications de kérion profond. Cette éruption doit bien être distinguée de la forme papuleuse de microsporie étudiée par Pellizzari à laquelle on a fait allusion.

Ch. AUDRY.

Le Gérant: Pierre AUGER.

